Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens $2^1/_2$—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 36 7. September 1897 Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70. 44. Jahrgang.

Originalien.

Aus der orthopädisch-chirurgischen Privatklinik des Dr. Vulpius zu Heidelberg.

Ueber das gewaltsame Redressement des Buckels.

Von Dr. *O. Vulpius*, Privatdocent der Chirurgie.

Es war gewiss ein muthiger Entschluss, der Hoffa dazu führte, die längst als unheilbar aufgegebene angeborene Hüftverrenkung chirurgisch anzugreifen. Unvergleichlich viel waghalsiger aber ist sicherlich das von Calot erstmals geübte gewaltsame Redressement der gibbösen Wirbelsäule. Eines der anscheinend am wenigsten antastbaren Grundgebote der Orthopädie wird umgestürzt durch das rücksichtslose Vorgehen eines Operateurs, welches gewiss meistenorts zunächst nicht zur Nachahmung, sondern zum kopfschüttelnden Tadel herausforderte.

Der Gibbus — Bedingung der Ausheilung, so lehrte die Schule; Ausheilung der Spondylitis ohne Deformirung dagegen ist das Ziel Calot's. Nachdem dieser über seine Methode und Erfolge berichtet hat, ist es unsere Pflicht, nachzuprüfen und auf dem neuerschlossenen Wege vorwärts zu streben. Und wer sich als vertrauensvoller Bekenner der alten Lehre dem Neuen verschliessen möchte, ihn zwingen die Kranken, denen die Tagespresse in Wort und Bild alsbald die Heilungsmöglichkeit des spondylitischen Buckels berichtete und frische Hoffnung in manchem Krüppel oder in dessen bekümmerten Eltern aufleben liess.

Fig. 1.

Die Zuversichtlichkeit dieser ersten Berichte eilte wohl der Wirklichkeit, dem gegenwärtigen Können und Dürfen voraus. Wohlthuend wirkte darum sicher auf Jeden der Aufsatz von Lange in No. 16 dieser Wochenschrift, in welchem dieser mit echt deutschem wissenschaftlichem Ernst und mit kaltblütiger Sachlichkeit seine Anschauungen über Berechtigung und Durchführung des neuen Verfahrens darlegt.

Ich theile mit Lange alle dort ausgesprochenen Gedanken und Bedenken so vollkommen, dass es mir ferne liegen darf, heute schon wieder eine zusammenfassende kritische Besprechung der neuen Methode zu geben, nachdem in den wenigen seitdem verflossenen Monaten kaum wesentlich neue Erfahrungen gesammelt oder bekannt geworden sind.

Noch sind wir Alle am Beginn der Wanderung auf neuem Boden, und Jeder ist wohl desshalb zur Mittheilung verpflichtet, wenn er einen guten Pfad oder eine Marscherleichterung gefunden zu haben glaubt.

Der Technik des Redressements gelten darum vor Allem diese Zeilen, die von guten wie von ungünstigen persönlichen Erfahrungen berichten und Anderen die uns entgegengetretenen und von uns bekämpften Hindernisse ersparen sollen.

Um den Gibbus zu beseitigen, bedarf Calot einer Reihe von Gehilfen, welche an Kopf und Beinen des in Bauchlage schwebenden Kranken gleichmässig zu ziehen, Becken und Brust zu stützen haben, während der Operateur selber mit Aufbietung seiner Körperkräfte die vorspringenden Wirbel eindrückt und dann den Verband anlegt. So viele Hände, so viele kräftige und ausdauernde Arme hat nicht jeder Chirurg zur Verfügung. Und selbst dem muskeltüchtigsten Assistenten wird ein stundenlanges «gleichmässiges» Extendiren nicht gelingen.

Ich suchte darum nach einer einfachen Anordnung, welche maschinelle Extension gestattet, und fand dieselbe in folgender, nebenstehend illustrirter Weise. (Fig. 1.) Um den Hals des Patienten wird eine aus dünnem, aber festem Stoff gefertigte Kopfschlinge gelegt, diese an einem Bügel und letzterer wieder an einem starren Stab am Kopfende des Operationstisches befestigt. Eine starke Strähne umfasst die Unterschenkel und verbindet sie mit der bekannten, von Lorenz zur Reduction des luxirten Beines construirten Schraube, welche an einem den Tisch überragenden eisernen Träger hängt. Der Patient gelangt beim Anziehen der Schraube in freie Schwebe über dem Operationstisch so zwar, dass die lose herabhängenden Arme mit den Ellbogen eben aufruhen. Becken und Brust können durch Schemel, Polster u. dgl. nach Wunsch unterstützt werden; der Kopf kann in beliebige Streck- oder Beugestellung gebracht werden durch Verlängerung der vorderen resp. hinteren Kopfschlingenzügel.

Fig. 2.

Kopf-Rumpfverband.

Die Vortheile dieses wiederholt erprobten Arrangements sind sehr einleuchtend:

Die Extension ist genau dosirbar und wirkt langsam und gleichmässig auf die Wirbelsäule ein, gestattet dabei eine un-

beschränkte Kraftentwicklung und beliebiges An- und Abschwellen derselben. Die Position der Kranken ist einmal für den Narkotiseur geschickt, da dieser nicht durch die vielen helfenden Arme gestört wird, sie erleichtert aus dem gleichen Grund die Vornahme des Eingriffes selbst und desdarauf folgenden Verbandes. Man kann im Nothfall mit dem einen, die Narkose leitenden Assistenten auskommen; angenehm, weil zeitsparend, ist die Mithilfe eines zweiten an der Schraube.

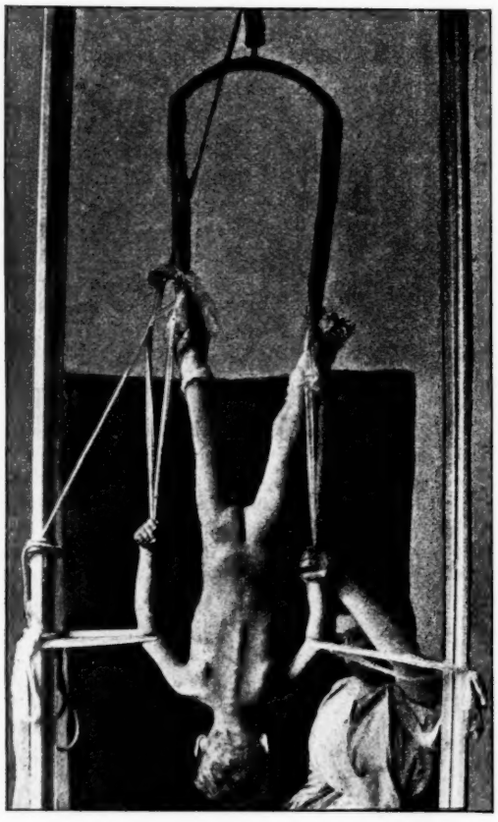
Wir gingen so vor, dass zunächst unter sorglicher Controle extendirt wurde, wobei gewöhnlich schon eine wesentliche Abflachung des Gibbus eintrat. War hier die Grenze des Erlaubten erreicht, so wurde die Schraube etwas zurückgedreht, wodurch die wünschenswerthe lordotische Erschlaffung des Patienten eintritt. Nun setzt das Redressement ein, bei dem gewöhnlich ein Knistern oder Krachen wiederholt wahrgenommen wurde. Prominirten auch dann noch einzelne Dornfortsätze, so wurden sie unter Beibehaltung der Extension in der nöthigen Ausdehnung resecirt. Die Wundnaht wurde mit Silkworm ausgeführt, das monatelang unter dem Gipsverband unbedenklich liegen bleiben darf, so dass dies Nahtmaterial in der orthopädischen Chirurgie unersetzlich ist.

Fig. 4.

W. W. vor dem Redressement.

Fig. 6.

Fig. 3.



Anlegung des Verbandes bei hängendem Kopf.

So spielt sich der erste Act des Verfahrens erstaunlich ruhig, ohne viele schweissvergiessende Mitwirkende, ohne viel Worte ab.

Der schwierigere Theil der Aufgabe harrt indess noch der Lösung, nämlich die Anlegung des Verbandes. Man kann getrost sagen, dass dieser Verband unter allen die denkbar grössten Anforderungen an die Technik stellt, wenn er sichere Wirkung haben soll. Er muss die redressirte Wirbelsäule auf's Genaueste fixiren, einmal um die Correctur des Gibbus nicht in Frage zu stellen, dann aber auch, um den entzündlichen Knochenprocess alsbald nach Einwirkung des hiefür gewiss schädlichen Eingriffes energisch zu bekämpfen durch absolute Ruhigstellung.

Fig. 5.

W. W. nach dem Redressement.

Fig. 7.

K. S. beim Verbandwechsel.

Um dieser unerlässlichen Anforderung gerecht zu werden, muss der Rumpf vom Becken an aufwärts und der Kopf in den Verband einbezogen werden.

Calot selbst weist darauf hin, dass das Geheimniss des Erfolges in dem Verband liege, doch werden wir durch diese seine Versicherung um nichts klüger. Wir haben auf den freundlichen Rath eines Münchener Collegen versucht, den Gipsverband theilweise schon vor Ausführung des Redressements zu machen,

um die Dauer der Narkose abzukürzen und um in Ruhe arbeiten zu können, vergebens! Auch genügte es nicht, an einem exacten Gipscorsett einen Jury-mast mit Kopfextension anzubringen; wir erlebten dabei ein Recidiv des Gibbus in Folge der ungenügenden Entlastung. Und es ist begreiflich, dass die Deformität doppelt schlimm in Erscheinung treten muss, nachdem die Wirbelsäule, durch das Redressement auseinander gebrochen, haltlos wurde.

Unsere vorher beschriebene Schraubenextension schaffte uns in dieser Noth Abhilfe. In der gewünschten, beliebig dosirbaren Lordose und Kopfhaltung wurde auf eine exacte Wattepolsterung, die am Leib und auf den Hüftkämmen besonders reichlich angebracht und mit glattliegenden Gazebindentouren festgewickelt wird, der Gipsverband mühelos angelegt. Derselbe reicht hinten so weit abwärts, dass die Defäcation noch möglich ist, umschliesst die vorderen Darmbeinstacheln und hat so eine sichere Grundlage gewonnen, zumal wenn eine ausgeprägte Tailleneinsattelung angebracht wird. Der kurzgeschorene Kopf wird mit Ausnahme des Gesichtes in leicht überstreckter Stellung mit einbezogen, das Kinn schaut eben über den Rand des Verbandes vor, auch die Ohren werden freigehalten. (Fig. 2.) Lässt man Kinn und Hals frei, so kann man erleben, dass nachträglich der ganze Verband in die Höhe rutscht, bis er in den Achselhöhlen Widerstand findet. Der hier entstehende Druck ist dann sehr lästig. Durch fingerbreite Zinkstreifen wird dem Ganzen die nöthige Festigkeit gegeben, so dass nach genügendem Erhärten der bis jetzt narkotisirte Patient aus der Schwebe befreit werden kann.

Nun wird die hierauf berechnete, auseinandernehmbare Kopfschlinge geöffnet und aus ihrem Versteck unter dem Gipsverband hervorgezogen. Sind Fisteln von Senkungsabscessen vorhanden, so werden alsbald die nöthigen Fenster angebracht; gelegentlich haben wir ein solches Fenster auch am Oberschenkel angebracht, der wegen Beugecontractur mit in den Gipsverband eingeschlossen wurde.

Möchte man aus irgend einem Grund die horizontale Extension abkürzen, so kann man nach Anlegung des Gipscorsettes den Kopftheil auch in verticaler Suspension hinzufügen. Wir haben dies namentlich beim 2. Verband gemacht, ohne Schaden zu erleben.

Viel mehr aber möchte ich eine Modification empfehlen, die ebenfalls französischen Ursprungs ist und zunächst ebenso ungeheuerlich erscheint, wie das Calot'sche Verfahren überhaupt. Es wird nämlich der Patient an den mit Wattepolsterung geschützten Füssen aufgehängt, wodurch sich eine sehr schöne Streckung der Wirbelsäule und die erwünschte Kopfhaltung ohne Weiteres erzielen lässt. Die Narkose verläuft bei ungestörtem Puls, bei schönster Athmung auf's Angenehmste für alle Theile, da das Gesicht leichter zu controliren ist, als bei horizontaler Schwebe. Auch das Erbrechen erregt in dieser Stellung keine Bedenken. Irgend ein schädlicher Einfluss der Position war bisher nicht zu constatiren. (Fig. 3.)

Wir werden, bei den Verbandwechseln wenigstens, von nun an stets dieselbe wählen, da sie uns grosse technische Vortheile bietet. Nebenbei sei bemerkt, dass auch Hüftverbände sich am derart hängenden Körper vorzüglich anlegen lassen.

Zu achten ist darauf, dass die Arme und mit ihnen die Schultern durch Bindenzügel stramm nach oben gezogen werden, da ja sonst bei dem Hängen die freien Schultern kopfwärts herabfallen und späterhin beim Stehen ein schlechtes Anliegen des Verbandes verursachen würden.

Es ist auffallend, wie geringfügig die Schmerzen und Klagen der Kranken nach dem Erwachen sind. Immerhin empfiehlt es sich, eine Reihe von Wochen strenge auf Liegen zu halten. Freilich nicht im Bett oder Zimmer, sondern möglichst im Freien! Wir müssen bedenken, dass wir nur der Heilung günstige Bedingungen zu schaffen vermögen, die Heilung muss der heilkräftige Körper selber vollbringen, seiner Pflege und Kräftigung hat also jetzt unsere Sorge um so mehr zu gelten, als die ausgedehnte Einschliessung desselben in einen Gipsverband gewiss nicht ohne schädliche Folgen ist.

Mindestens nach etwa 8 Wochen dürfte schon aus Gründen der Reinlichkeit der Verbandwechsel erfolgen, bei welcher Gelegenheit auch die Silkwormfäden entfernt werden. Nun, wenn nicht schon früher, kann der Patient meistens wohl mit Gehversuchen beginnen; die Fertigkeit, den versteiften Körper zu dirigiren, erlernt sich sehr rasch.

Nach 2—3 weiteren Verbänden dürfte an Stelle des Verbandes ein starres, abnehmbares Mieder, etwa aus Cellulose, treten.

Soviel über die Technik.

Was die Gefahren des Eingriffes betrifft, so können wir nur sagen, dass dieselben früher gewiss überschätzt worden sind. Ob aber nicht jetzt unter dem ersten Eindruck des Enthusiasmus die Schatten übersehen werden, kann erst im Laufe der Zeit erkannt werden.

Bereits sind wiederholt Todesfälle und Lähmungen nach der Operation gemeldet worden, auch wir schwebten ein Mal mehrere Tage in Sorgen, als bei einem Kinde Zeichen meningealer Reizung bald nachher eintraten, um aber glücklicherweise ziemlich rasch wieder zu verschwinden.

Ueber Erfolge, d. h. über dauernde Resultate zu berichten, sind wir natürlich ebenso wenig wie andere zunächst im Stande, erst nach Jahresfrist wird es möglich werden, sich ein Urtheil zu bilden, das auf Empirie, nicht auf Speculation gegründet ist.

Immerhin dürfte es interessiren, die augenblicklichen Erfolge wiederzugeben, wie wir sie gelegentlich der Verbandwechsel festzustellen vermochten.

Fig. 4 zeigt einen 5jährigen Jungen, bei dem der Gibbus, vornehmlich des 1. und 2. Lendenwirbels, seit einem halben Jahre bestand.

Ein mächtiger Beckenabscess wurde entleert, 4 Wochen später das Redressement nicht ohne Schwierigkeit ausgeführt. Nach 8 Wochen zeigte sich bei Abnahme des Verbandes der ausgeprägt lordotische Rücken, wie ihn Fig. 5 wiedergibt. Noch besteht mässige Eiterung, der Process ist noch nicht ausgeheilt, wenn gleich der Junge schmerzlos sitzen kann.

Die beiden nächsten Abbildungen (Fig. 6 u. 7) betreffen ein 8jähriges Mädchen mit 2 Jahre altem Gibbus namentlich des 9. und 10. Brust wirbels. Der Verband wurde 6—7 Wochen nach stattgehabtem Eingriff gewechselt, die Deformirung war geschwunden, aber die Consolidation noch nicht erfolgt, so dass Patientin, die im Verband bereits munter umherging, ohne denselben nicht schmerzlos sitzen konnte. Heute, 4 Monate später, kann sie bereits ohne Verband gehen, erhält aber, nachdem das Modell für das herzustellende Korsett abgenommen ist, sofort einen neuen Verband in gleicher Ausdehnung.

Nur noch wenige Worte zur Indication des Verfahrens. So viel mir bekannt, ist bisher nur der durch Spondylitis bedingte Gibbus Gegenstand des Redressements gewesen. Ist der Gibbus frischen Datums, so ist der morsche Knochen verhältnissmässig leicht zu infrangiren, dafür ist aber die Gefahr einer erneuten Entzündung grösser.

Anders und in gewisser Weise günstiger liegen die Verhältnisse bei der rachitischen Kyphose, wie ich kürzlich zu erproben Gelegenheit hatte bei einem 11 Jahre alten, früher durchaus gesunden Mädchen, bei welchem unter den Augen des Arztes im Laufe des letzten Jahres ohne Beschwerden eine starke dorsale Kyphose entstand. Der wohl als spätrachitischer zu deutende Process — auch die Rippen zeigten unregelmässige Verbiegungen — verursachte eine besonders starke Prominenz des 5., 6. und 7. Brustwirbels. Da eine mechanische Behandlung keinen rechten Erfolg versprach, entschloss ich mich zum Calot'schen Verfahren und hatte die Freude, eine Abflachung des Rückens bis zur Norm ohne besonders grosse Schwierigkeit zu erzielen und im Verband, wie ich mich weiterhin überzeugen konnte, festzuhalten.

Es liegt mir ferne, hieraus bereits eine Indication ableiten zu wollen, doch schien es mir angesichts des guten Erfolges angezeigt, das Interesse der betheiligten Kreise auch auf die rachitische Kyphose zu lenken, freilich mit dem Bemerken, dass hier, wie überall in unserer Kunst, nur individualisirendes Auswählen Gutes bringen, Unheil verhüten kann.

Aus der chirurgischen Klinik zu Giessen.

Eine sterile, wasserdichte, anzuklebende Wundvorlage.

Ein kleiner Beitrag zum aseptischen Operiren.

Von Dr. *Franz Kuhn*, Assistent der chirurgischen Klinik.

Gewiss wird schon vielen Collegen bei operativen Eingriffen, namentlich ausserhalb der Klinik, sich das Bedürfniss nach einem Vorlagestoffe geltend gemacht haben, der in recht einfacher, bequemer Weise allen den Anforderungen, welche das aseptische Operiren in und ausser dem Hause an uns stellt, vollkommen und ganz gerecht würde.

Der Stoff müsste, wird man sich gesagt haben, wenn er sich einer recht vielseitigen Anwendung erfreuen sollte, zunächst recht billig sein. Er müsste dann ferner bequem und einfach auf die landläufige Art zu sterilisiren sein, natürlich unbeschadet seiner Qualität und Form, oder besser noch, sterilisirt in geeigneter Verpackung verschickt, durch den Handel bezogen werden können, ähnlich wie sterile Einzelverbände. Hiezu müsste man ihn aber klein verpacken können, er dürfte also nur wenig voluminös sein, um ihn ähnlich wie sterile Gaze zu handhaben. Der Stoff dürfte ferner mit Vortheil (wenn möglich) wasserdicht sein, um weder die Desinficientien, noch das Blut der Wunde, noch anderweitige Secrete oder Excrete des Körpers hindurch zu lassen. Dann würde er besser wie die seither gebräuchlichen sterilen Tücher und Bettvorlagen die Umgebung der Wunde und die unter dem Stoffe befindlichen Gegenstände und Körpertheile während des Operirens vor Beschmutzung schützen. Ebenderselbe Stoff wäre dann abwaschbar, was gleichfalls ein Vorzug wäre. Ein weiterer Vortheil wäre es ferner, wenn der als Vorlage zu benützende Stoff von selbst in der einmal eingenommenen Lage festläge, also wohl in irgend einer Weise festklebte; denn das seitherige Vorgehen, um die Vorlagetücher in der Umgebung des Operationsfeldes durch Nath oder Klemme zu fixiren, bleibt, so zweckmässig es ja immerhin ist, stets etwas gewaltsam und fand nicht ungetheilten Beifall.

Falls aber unser Vorlagestoff klebte, dürfte das Festkleben nicht zu fest sein, um ein späteres Loslösen nicht unnöthig zu erschweren. Andererseits dürfte das Klebemittel in Wasser, Blut etc. nicht löslich sein.[1]) Im Ferneren wäre es recht wünschenswerth, dass der Stoff möglichst leicht und einfach in alle möglichen Formen und Gestaltungen zu bringen wäre und darin während der Operation verharrte. Dabei dürfte aber die Zurichtung für diese Form kein weiteres Instrumentarium als die Hand erfordern, d. h. am besten wäre es, den Stoff einfach mit der Hand zerreissen zu können.

Endlich sollte der Stoff der Art sein, dass er nur einmal gebraucht wird, also nach der Verwendung gleich wie jeder Tupfer und jede Compresse weggeworfen und verbrannt wird. Der Stoff müsste also so billig sein, dass man dies, auch bei kleinem Etat, mit gutem Gewissen thun könnte.

Aus diesen genannten, zunächst theoretisch geforderten Eigenschaften, die der in Frage stehende Vorlagestoff haben müsste, ergibt sich wohl jedem Kundigen seine Anwendungsweise von selbst. Diese ist, ganz allgemein gesagt, folgende:

Wo immer es, beim aseptischen und antiseptischen Operiren dem Operateur wünschenswerth erscheint, eine Stelle oder Partie des Körpers oder in der Nähe des Operationsterrains auszuschalten, klebt er ohne lange Vorbereitungen sie mit dem Stoffe zu.

Ganz das Gleiche ist natürlicherweise der Fall, wenn die auszuschaltende Stelle innerhalb des Operationsfeldes liegt, wenn sie beispielsweise in einer Fistel, einer jauchenden Excoriation oder einer natürlichen Körperöffnung bestünde. Auch sie werden, vielleicht nach einiger Vorbereitung (Waschen, Desinfection, Tamponade mit Jodoformgaze etc.) mit einem zugerissenen Stück des Stoffes zugeklebt.

So erhält man an der Stelle, wo vorher eine infectiöse, von Keimen wimmelnde Fläche war, ein zuverlässig steriles Feld für die ganze Dauer der Operation. Bis hierher ist der geschilderte Stoff noch ein theoretisches Postulat.

Nach einer Reihe von Versuchen gelang es jedoch auch, ihn zu finden und in die Praxis zu übersetzen und zwar in Form eines auf der einen Seite mit einer bestimmten Kautschucklösung imprägnirten Papieres.[2])

So unscheinbar und werthlos auch ein solches Papier erscheint, so erlaube ich mir doch, auf dasselbe, da es mir eine ungewöhnlich vielseitige Anwendung zu versprechen scheint, die weitere Aufmerksamkeit zu lenken.

Als Material dient dünnstes Seidenpapier, das für alle gewünschten Zwecke stark genug ist.

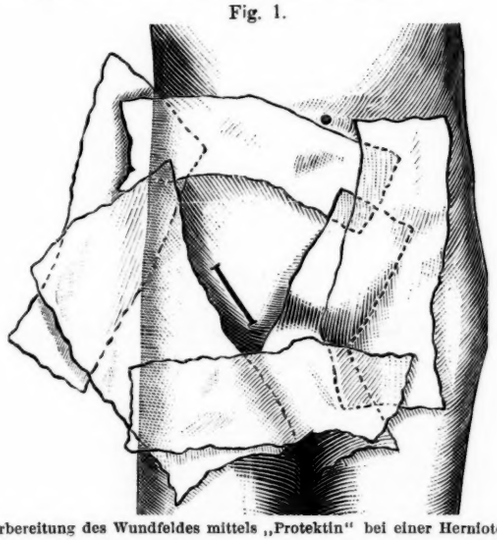
Es ist nach der Imprägnirung mit Kautschucklösung auf der einen Seite ganz wasserdicht, ist unbeschadet seiner Beschaffenheit wie jede Compresse sterilisirbar, kann leicht mit der Hand in jede Form und Grösse gerissen werden und klebt mit der imprägnirten Fläche sowohl auf der Haut als an anderen Stoffen, als vor Allem auch mit sich selbst zusammen, so dass man mit Hilfe kleinerer Stückchen des Stoffes bilden und formen kann, was man will. Es ist schon jetzt billig, muss aber bei grösserem Umsatze noch billiger werden, so dass sein Werth, im Gegensatz zu der kostspieligen Wäsche, kaum mehr nennenswerth sein darf. Um es verpacken und sterilisiren zu können, wird es auf der klebenden Seite mit appretirter Gaze bedeckt, dann fest zusammengerollt und wie sterile Compressen in sterilisirbare Düten gebracht. So nimmt ein grosses Stück des Papieres sehr wenig Raum ein; eine kleine Rolle bietet dem Arzte so viel Schutz- und Vorlagestoff, als er an Tüchern nur in einem grossen Packet mit sich führen könnte.

Nach dem Gebrauch an der Wunde gelingt es mühelos, das leicht haftende Papier abzuziehen. Es wird wie gebrauchter Verbandstoff verbrannt.

Was Alles man nun aus einem derartigen Papier machen und improvisiren kann, versuche ich im Folgenden mit Hinweis auf einige beigegebene Zeichnungen zu erläutern.

1. Zunächst ersetzt das dünne, klebende Papier mit besonderem Vortheil die sterilen Compressen und Handtücher und Laken, soweit sie seither als Vorlagestoffe zum Schutze eines desinficirten Operationsfeldes in Anwendung kamen, z. B. bei der Operation einer Hernie (Fig. 1) oder bei einer Amputatio mammae.

Fig. 1.



Vorbereitung des Wundfeldes mittels „Protektin" bei einer Herniotomie.

Dabei ist vor Allem die Unverrückbarkeit der Vorlage eine angenehme Zugabe. Denn, indem man streifenweise einzelne Stücke des Papiers rings um das Wundterrain klebt, lässt man die Enden der Streifen übereinander gehen und sich decken, so dass sie aneinander festkleben und ein geschlossenes, steriles, unverrückbares Feld um die Wunde darstellen.

Dabei ist gleichzeitig der Uebergang der Haut in den Vorlagestoff ein directer und unmittelbarer: Ein Zwischenhineinfliessen von Blut etc. ist bei dem festen Anschluss der Vorlage an die Haut und der Undurchlässigkeit des Stoffes ausgeschlossen. Es bleiben somit der Kranke, die Kleider desselben, die Operationsgeräthe, eventuell (in der Privatpraxis) Bett und Unterlagen etc. rein und sauber. Die abfliessenden Secrete können in beliebiger Weise durch künstliche Faltenbildungen abgelenkt und in Becken oder Vorlagegefässe abgeleitet werden.

Die Sterilität des Papiers ist unter richtiger Behandlung so zuverlässig wie die eines Tuches, das den Dampftopf passirte; für diejenigen Aerzte, welche noch mit Antiseptica zu arbeiten gewohnt sind, dürfte die leichte Abwaschbarkeit des impermeablen Stoffes, nach dem Ankleben desselben, mit Sublimat eine grosse Beruhigung und Befriedigung sein. Auch für einen streng aseptisch arbeitenden Collegen könnte das durch den Handel bezogene glatte Papier, wenn er nicht Zeit hat, der Sicherheit halber dasselbe nochmals der Sterilisirung im Dampftopf zu unterwerfen, unter Verhältnissen, wo es strenge darauf ankommt, durch ein Abwaschen mit Sublimat genügend einwandsfrei werden.

Das neue Vorlagepapier hat noch weitere Vorzüge: Es adaptirt sich, wo es gewünscht wird, sehr gefällig und leicht den Körperformen, dieselben mit einer aseptischen Decke überziehend. Jedenfalls kann man durch Zerreissen in kleinere Stücke und mannigfaches Aneinander- und Uebereinanderkleben jeder Gestaltung Rechnung tragen.

Auch zum Festkleben anderer Vorlagestoffe, Compressen, Servietten, an die Haut ist der Stoff geeignet, und ersetzt so alle Klemmen und Pincetten und Nadeln.

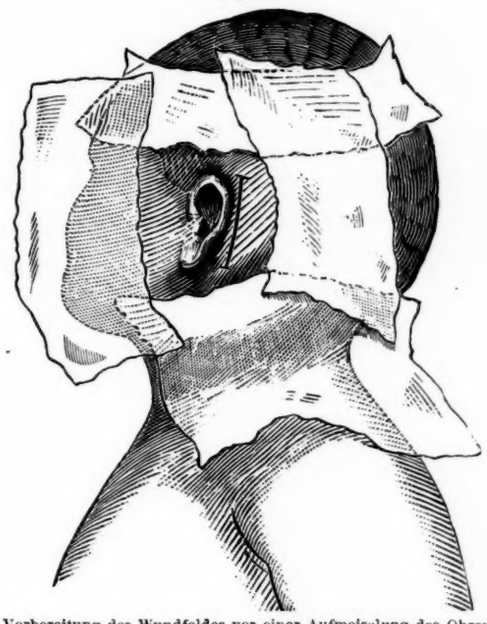
---

[1]) Ich hatte im Beginne meiner Versuche die Absicht, das Kleben des Stoffes erst im gewünschten Augenblicke durch Benetzen des imprägnirten Stoffes mit einem bei den gewöhnlichen Operationen leicht erreichbaren Stoffe, etwa Aether, Chloroform oder Alkohol hervorzurufen, habe den also präparirten Stoff auch Anfangs verwendet, finde aber das jetzt vorliegende Papier, das ohne besondere Präparation klebt, noch viel praktischer und brauchbarer.

[2]) Hergestellt und zu beziehen von den Gummiwaarenfabriken Evens u. Pistor in Kassel. Dieselben haben das Papier der Einfachheit halber «**Protektin**» genannt.

Die im Vorstehenden geschilderte Verwendung unseres Papiers ist besonders dann angenehm, wenn man in der Nähe behaarter Körperstellen (Kopfhaare, Schamhaare) arbeitet: Der einmal übergeklebte Stoff beseitigt die sonst so lästigen Eindringlinge ein für allemal. (Fig. 2).

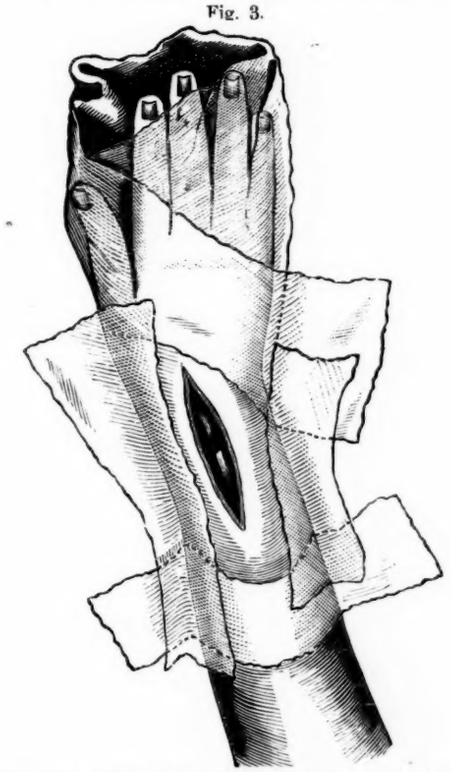
Fig. 2.



Vorbereitung des Wundfeldes vor einer Aufmeiselung des Ohres mittels „Protektin".

Selbst die Gummikappe für den Kopf, bekanntlich ein theuerer, unbeständiger, schliesslich auch nicht einwandsfreier Artikel für unsere Operationsräume, ist vollständig entbehrlich und durch

Fig. 3.



Ausschaltung der Hand als Infectionsherd mittels „Protektin".

einige Streifen unseres Papiers, die ja vortheilhafter Weise noch wesentlich fester sitzen, jederzeit zu improvisiren. Kämen ferner andere Körpertheile unter anderen Verhältnissen in Frage, z. B. eine verletzte, sehr beschmutzte Hand (Fig. 3), die momentan nicht zu reinigen ist, die blutet oder jaucht, und man müsste in der Nähe der beschmutzten Theile einen aseptischen Eingriff (vielleicht Sehnennaht, Unterbindung, Amputation) machen, so kleben wir, vielleicht nach leichter Tamponade, die Hand in einen aus einigen Streifen unseres wasserdichten Papiers durch Umwickeln improvisirten Papierhandschuh ein und weder Schmutz, noch Blut kann vorerst mehr heraus und jede Schwierigkeit ist für die Zeit des operativen Eingriffes beseitigt.

Mehr noch als an den Extremitäten, dürfte eine derartige Ausschaltung einer inficirten Stelle am Bauche gelegentlich erforderlich und unumgänglich sein. Nehmen wir z. B. einen Anus praeternaturalis, womöglich mit starkem Ekzem in seiner Umgebung, in dessen Nähe aus irgend welchem Grunde eine Laparotomie gemacht werden soll: Wie wollen wir rationeller und zuverlässiger die kothige, jauchende Stelle ausschalten, als dadurch, dass wir die Fistel mit Jodoformgaze tamponiren und die ganze Gegend mit unserem Papiere einfach zukleben!

Aber ebenso wie neben und in der Nähe der zu erwartenden Wunde könnte eine ulcerirte, jauchende Stelle, z. B. ein ulcerirtes Carcinom der Mamma, so liegen, dass das Ulcus innerhalb der Schnitte, also in das Wundfeld fällt. Wiederum beseitigt etwas Jodoformgaze und ein angeklebtes Papierstück, nöthigenfalls ein zierlich zurecht gebogenes und geklebtes Papierhütchen (ulcerirte Mamilla) alle Gefahr der Infection.

Sollte bei einer der seither beschriebenen Verwendungen einmal das Papier in einfacher Lage zu dünn oder zu schwach erscheinen, so lässt es sich leicht durch Ueberkleben eines weiteren Stückes verdoppeln, und ferner durch ein zwischengelegtes Mullstreifchen verstärken. Namentlich würde die mit Caoutchucklösung imprägnirte Schäffer'sche anhydrophile Gaze sich hiezu sehr gut eignen; denn mit etwas Chloroform befeuchtet, klebt diese ausgezeichnet, auch mit dem Papier, zusammen und wird somit sehr wohl gelegentlich zur Verstärkung des Papierverbandes herangezogen werden können.[3])

Soweit die Verwendung des Papieres im Dienste der strengen aseptischen und antiseptischen Wundbehandlung; aber noch viele weitere, namentlich improvisatorische Verwendung gestattet der Stoff dem Arzte, wenn er ihn einmal vorräthig und stets zur Hand hat, sowohl Zwecks der Wundbehandlung, als in der Krankenpflege.

Nehmen wir, um nur kleine Beispiele zu machen, die Spaltung eines Abscesses, Furunkels am Halse, bei einem Kranken, der sich der Kleider nicht entledigt hat, z. B. in der Poliklinik oder Sprechstunde: ein Stück Papier über den Kragen gelegt und rings am Halse fest geklebt, und — alle Flüssigkeiten, Eiter, Blut, Carbollösung und Sublimat laufen auf ihm, wie auf einem schützenden Dache, über die Kleider weg in ein Vorlagetuch oder Becken.

Oder es würde ein Anus praeternaturalis angelegt, und die allmählich sich entleerenden Kothmassen laufen regellos aus der Fistel und tagelang an den Wänden des Leibes herunter. Wieder sorgt ein umgeklebtes, dabei geschickt rinnenförmig gefaltetes Papier dafür, diesen Unzulänglichkeiten abzuhelfen und den Koth, ohne ihn die Wäsche besudeln oder grosse Hautekzeme machen zu lassen, säuberlich in das vorgelegte Becken zu leiten.

Oder endlich die Befestigung eines Dauerkatheters macht Schwierigkeiten: Ein circulär, mit sich gegenseitig deckenden Touren vom Penis her auf den Katheter gewickelter Streifen unseres Papieres bildet einen festen, wasserdichten Trichter zwischen Penishaut und Katheter und hält gleichzeitig den letzteren fest.

Auch zum Verkleben kleiner Risse und Schrunden, ferner zur Improvisation einer Art von Fingerling oder zum temporären Verschluss von Fisteln durch Zukleben ist der Stoff gelegentlich geeignet.

Endlich braucht keine Erwähnung zu finden, dass man das Papier im Nothfalle immer da heranziehen kann, wo man sonst Guttaperchapapier verwendete, selbst einmal um einen der wasserdichten Battiste (Billroth-Battist, Mosetig-Battist) zu ersetzen, zumal, wenn man es durch eine aufgeklebte Mullcompresse verstärkt und nicht mehr klebend gemacht hat.

Ueber adenoiden Habitus und Leptoprosopie, sowie über das kurze Septum der Chamaeprosopen.*)

Von Professor Dr. *Siebenmann* in Basel.

M. H. Es wird in letzter Zeit immer mehr und allgemeiner als eine feststehende Thatsache angenommen, dass zum adenoiden Habitus — wie V. Lange ihn passend oder unpassend nennt —, auch ein hoher enger Gaumen gehöre. Dieses Symptom wird von Meyer in Kopenhagen, der in seinen Monographien sonst gewiss den ganzen Symptomencomplex der adenoiden Vegetationen äusserst sorgfältig studirt und beschrieben hat, nirgends erwähnt und auch mir ist es bald, nachdem ich eine grössere Zahl solcher Kranken gesehen hatte, aufgefallen, wie wenig dieser Behauptung, die namentlich Bloch in seiner Pathologie und Therapie der Mundathmung sehr präcis aufgestellt hat, und welche durch Körner

*) Vortrag, gehalten in der IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen.

[3]) Die Gebrauchsanweisung des Papieres ist sehr einfach: Man entnimmt, mit sterilen Händen das Papier der Verpackung, zieht dann von einem Stücke die appretirte Gaze ab und klebt zugerissene Stückchen auf die Haut. Das Papier klebt ohne Vorbereitung.

und Waldow neuerdings in unsern Interessenkreis hineingezogen worden ist, eine allgemeine Giltigkeit zukommt. Ich habe desshalb vor Allem, um ein Normalmaass zu besitzen, an einer grösseren Reihe von Besuchern unserer Poliklinik Messungen angestellt über das Verhältniss der Höhe zur Breite des harten Gaumens und zwar haben wir zunächst Individuen gemessen, die frei von adenoiden Wucherungen waren. Eine zweite Reihe von Messungen wurde vorgenommen an Solchen, die eine mehr oder weniger ausgesprochene Hypertrophie der Rachendachtonsille darboten, sei es, dass sie wegen behinderter Nasenathmung, sei es, dass sie wegen Hörstörung oder aus andern Gründen unsere Hilfe in Anspruch nahmen. Diese Resultate, welche ich letztes Jahr durch einen meiner Schüler habe zusammenstellen lassen, (vergl. Fränkel, der Hochstand des Gaumens in seiner Beziehung zur Septumdeviation und zur Hypertrophie der Rachendachtonsille. Inauguraldissertation, Basel 1896) sind so unerwartet abweichend von der oben bezeichneten Anschauung der Laryngologen, dass ich mit kurzen Worten hier noch einmal darauf eintreten und gleichzeitig eine wesentliche Ergänzung daran anreihen möchte, die auch von anthropologischem Interesse sein dürfte.

Zunächst habe ich in jener Dissertation darauf hinweisen lassen, dass es nicht wohl angeht, bloss die Höhe des Gaumens als absolutes Vergleichungsmaass hinzustellen, sondern dass wir hier wie bei anderen anthropologischen Schädelmessungen z. B. bei der Bestimmung der Form des Hirnschädels oder des Gesichtsschädels zwei Dimensionen berücksichtigen, hier also das Verhältniss der Breite zur Höhe feststellen müssen. Wir rechnen diesen Breitenhöhenindex des harten Gaumens dadurch aus, dass wir die Höhe durch die Breite dividiren und den Bruch mit 100 multipliciren. Der enge und der weite Gaumen weist am hintern Ende der Zahnreihe ungefähr das nämliche Breitenmaass auf und eine Differenz zwischen beiden tritt ausgesprochen erst weiter vorn — im Gebiet der Praemolaren — auf. Es wird Ihnen dies leicht verständlich werden, wenn Sie bedenken, dass die Zahnreihe des breiten Gaumens vorn abgerundet ist und an den Seiten parallel verläuft, also die Form eines grossen lateinischen U besitzt, während beim schmalen Gaumen der Alveolarfortsatz resp. die obere Zahnreihe mit zunehmender Enge immer mehr sich der V-Form nähert. Ich habe nachträglich gesehen, dass ein englischer Zahnarzt, Oakley Coles, schon 1880 aus dem nämlichen Grund vorgeschlagen hat, die Gaumenbreite zwischen den Praemolaren und nicht nach anthropologischem Usus zwischen den (mittleren) Molaren zu messen. Auch bezüglich der Höhe bietet dieses Breitenmaass erhebliche Vortheile. Wenn wir nämlich in der Frontalebene der 2. Praemolaren gleichzeitig auch die Höhe messen, so ist vorauszusehen, dass das beim engen Gaumen schon unmittelbar hinter den Schneidezähnen beginnende steile Aufsteigen der Alveolarfortsätze sich im Breitenhöhenindex dieser Stelle auffälliger geltend machen werde, als wenn wir in der Frontalebene der mittleren (zweiten) Molaren messen. Nun erhielten wir bei diesen Messungen für die 43 Gaumen, wo die Rachendachtonsille nicht wesentlich hervorragte, adenoide Vegetationen also fehlten, einen Indexwerth von 32—65, im Mittel von 46,1, also rund 46 (nicht 45, wie Fränkel irrthümlich angibt). Zwischen Erwachsenen und Kindern fand sich in Beziehung auf diesen Index kein grosser Unterschied, insofern als der kindliche Index 44 beträgt.

Zieht man dabei in Betracht, dass die gemessenen Individuen so wie sie sich der Reihe nach zufällig in der Klinik präsentirten, zu diesen Messungen verwendet wurden, dass aber Schädel mit Septumverbiegungen ausgeschlossen wurden, so dürfen wir behaupten, dass dieser Normalindex noch etwas zu niedrig ist; denn eine weitere Serie von Messungen, welche bei Individuen mit Septumdeviationen vorgenommen wurden, hat ergeben, dass der Gaumen im Breitenhöhenindex hier in der Regel abnorm gross ist (im Mittel 56).

Die zweite Hauptgruppe unserer Messungen betrifft 59 Kinder und Erwachsene mit adenoiden Vegetationen. Hier erhielten wir Werthe, welche zwischen 65 und 38 schwankten; der Mittelwerth betrug 45,9. Trotzdem hier die Septumverbiegungen (11—12 Fälle) nicht ausgeschlossen waren, erhielten wir für den Gaumenindex der an adenoiden Vegetationen Leidenden einen Mittelwerth, welcher den Normalwerth **nicht** übersteigt. Aus dieser Statistik geht, obwohl sie auf relativ kleinen Zahlenreihen fusst, doch zur Evidenz hervor, dass die Individuen mit adenoiden Vegetationen in der Gaumenform durchschnittlich Maasse aufweisen, wie sie der Norm entsprechen. Eine fernere Betrachtung der betreffenden Tabellen bezüglich der Zahl der Fälle, welche abnorm hohen Gaumen besitzen, ergibt in Uebereinstimmung mit diesem Resultate, dass eine stärkere Wölbung des harten Gaumens bei adenoiden Vegetationen nicht häufiger vorkommt als bei Individuen mit gesundem Retronasalraum.

Die von verschiedenen Seiten aufgeworfene und ebenso verschieden beantwortete Frage, auf welche Weise die adenoiden Vegetationen eine Deformation der Alveolarfortsätze zu Stande bringen, muss nach dem Gesagten dahinfallen und ich kann es mir daher ersparen, auf dieselben hier näher einzutreten. Ich möchte nur darauf aufmerksam machen, dass die Theorie der Oberkiefercompression durch die angespannte Wangenmusculatur sicher auch in der Körner-Wardow'schen Modification eine verschwindend kleine Wahrscheinlichkeit für sich hätte und zwar schon angesichts des Umstandes, dass wir, gerade so wie fast alle von mir darüber befragten Zahnärzte, den ausgesprochen V förmigen Gaumen vor dem Dentitionswechsel so häufig finden wie nach demselben. Diese Beobachtung der Odontologen findet in der Fränkel'schen Zusammenstellung eine Bestätigung. Ich kann hier die durch Abdruck gewonnene Nachbildung einer solchen V-Zahnreihe zeigen; der betreffende Patient besass noch seine sämmtlichen Milchschneidezähne. — Anders verhält es sich natürlich mit der Zahnstellung; gröbere Anomalien (z. B. auch die Sattelstellung) bilden sich hier erst dann aus, wenn in dem von vornherein zu kurz angelegten Zahnbogen — welcher in excessiven Fällen ja jederseits nur die Sehne des dazu gehörigen Bogens repräsentirt — eine Reihe von Zähnen Platz finden sollen, welchen als Milchzähnen dies noch möglich ist, welche aber später in der nach dem Dentitionswechsel auftretenden bedeutend grössern Form sich gegenseitig aus der Reihe hinausdrängen müssen.

Wie können wir uns nun aber erklären, warum so viele Autoren zu der irrigen Annahme verleitet werden, dass der hohe enge Gaumen eines der constantesten Symptome der adenoiden Vegetationen sei? Es liesse sich hierüber Manches sagen, z. B. das, dass ein einziger Fall, wo diese beiden Erscheinungen coincidiren und auffällig stark entwickelt sind, dem Gedächtniss sich fester einprägt als 2—3 Fälle, wo nur die eine oder die andere dieser beiden Abnormitäten vorhanden sind. — Die beste Erklärung liegt aber thatsächlich anderswo; sie ergibt sich daraus, dass die Individuen mit hohem Gaumen ausnahmslos enge knöcherne Nasenhöhlen haben. Die Schwellung der Nasenschleimhaut, welche bei adenoiden Vegetationen selten fehlt und welche schon Meyer ausführlich beschrieben hat, macht sich daher bei diesen Lepto- und Hypsistaphylinen viel mehr geltend als bei den Platystaphylinen. Der Laryngologe wird zur Hebung von Hindernissen der Nasenathmung unverhältnissmässig mehr in Anspruch genommen von leptostaphylinen als von platystaphylinen Adenoiden; er sieht also naturgemäss mehr adenoide Vegetationen mit engem hohen als mit breitem niederen Gaumen. Nur dem Umstand, dass letztere ebenso häufig als erstere gezwungen werden, wegen Tubenkatarrh den Ohrenarzt zu consultiren, verdanke ich es, dass ein einwandsfreieres Material mir in die Hände gespielt wurde, welches dieser Frage eine neue Wendung geben muss. Wir haben nämlich dieses Frühjahr alle an adenoiden Vegetationen erkrankten Erwachsene und älteren Kinder, bei welchen ein Gaumenbreitenhöhenindex über 50 constatirt werden konnte, und welche der diesbezüglichen Einladung Folge leisteten, auch bezüglich der übrigen Schädelmaasse einer genauen Prüfung unterworfen und sind dabei zu weiteren interessanten Resultaten gekommen.

Ehe ich aber näher auf dieselben eintrete, muss ich zur Orientirung noch einige erklärende Worte über die beiden Haupttypen der europäischen Gesichtsform hier einschieben; ich folge dabei einer Arbeit Kollmann's, die weiter unten erwähnt wird:

Nach den neueren anthropologischen Forschungen kommen in Europa zwei rassenhaft von einander verschiedene Gesichtsformen vor, deren Eigenschaften sich ebenso sicher auf die Nachkommen übertragen, wie die Verschiedenheiten der Hirnschädelform. Die eine dieser Gesichtsformen ist lang und schmal (Leptoprosopie), die andere im Gegensatz hiezu breit und niedrig (Chamaeprosopie). Die bei dieser Eintheilung leitenden Maasse sind 1. die Gesichtslänge, d. h. die Distanz von der Gegend der Sutura nasofrontalis bis zum unteren Rande des Unterkiefers — ganze Gesichtshöhe, oder bloss bis zum Alveolarrand des Oberkiefers — Obergesichtshöhe; 2. die Gesichtsbreite, welche der grössten Distanz der Jochbogen entspricht. Um den Ueberblick über die gewonnenen absoluten Zahlen zu erleichtern, wird die Höhe jeweilen durch die Breite dividirt und mit 100 multiplicirt. Die resultirende Zahl ist der Gesichtsindex. Beträgt der Obergesichtsindex unter 50,0, so spricht man von Chamaeprosopie; Leptoprosope haben einen Index über 50,0.

Kehren wir nach dieser Abschweifung wieder zu unserem eigentlichen Thema zurück, nämlich zunächst zu den Resultaten unserer Gesichtsmessungen, welche bei hochgaumigen, an adenoiden Vegetationen Leidenden vorgenommen wurden: Ausser der abnormen Höhe und Enge der Apertura piriformis — der langen, schmalen Nase — fand sich hier in der Regel ein schmales, hohes Gesicht, d. h. ein Obergesichtbreitenhöhenindex, welcher über der Mitte liegt; es handelte sich nie um Chamaeprosope (Breitgesichter), sondern meistens um Leptoprosope (Schmalgesichter), seltener wurde Mesoprosopie bei diesen Adenoiden mit hohem Gaumen gefunden. Meistens ist auch der Unterkiefer in der für Leptoprosope charakteristischen Weise gebaut, nämlich lang und schmal und im seitlichen Kieferwinkel auffallend gestreckt; die beiden ersten Eigenschaften bedingen ein spitzes Kinn, die letzteren eine Stellung des Unterkiefers, welche schon in der Ruhe den Eindruck des hängenden macht. Die Zahnreihe des Oberkiefers trifft in ihrem vordern Umfang nicht direct auf diejenige des Unterkiefers, wie es bei Breitgesichtern der Fall ist, sondern sie steht etwas vor und greift vorn über diejenige des Unterkiefers hinüber. Umgekehrt fanden wir bei den platystaphylinen (Höhenindex unter 40) an adenoider Vegetation Leidenden durchgehends chamaeprosopen, seltener mesoprosopen Obergesichtstypus, d. h. kurze, breite Obergesichter mit breiten, weiten Nasenhöhlen, kurzen Alveolarfortsätzen, abgewetzten Kauflächen, relativ kleinem seitlichen Unterkieferwinkel. Die Maasse des Hirnschädels führen zu keinen übereinstimmenden Resultaten, was ich betonen möchte gegenüber der Anschauung einzelner Autoren, welche, wie M. Schmidt, zum adenoiden Habitus auch die Dolichocephalie rechnen. Wir finden mindesten so viel Kurz- als Langschädel unter den Gemessenen. Das schmale Gesicht täuscht in dieser Beziehung; es hatte auch uns anfänglich verleitet, an ein gehäuftes Vorkommen von Dolichocephalie zu denken. Kayser in Breslau, der in dieser Beziehung ebenfalls Messungen angestellt hat, kam bezüglich der Hirnschädelmaasse zu dem Resultate, dass in den jüngeren Jahren bei den Adenoiden die Dolichocephalie vorwiege, später aber nicht mehr.

Schliesslich möchte ich noch kurz berichten über einige Messungen, welche ich mit meinem Assistenten, Herrn Dr. Grossheintz, auf der hiesigen Anatomie vorgenommen habe an Rassenschädeln, welche Herr Prof. Kollmann auf liebenswürdigste Weise uns zur Verfügung gestellt hat. Wir fanden hier bloss 15 Schädel mit einer Hypsistaphylie von über 46; aber alle diese 15 sind ausnahmslos Langgesichter mit hohen Augenhöhlen, hoher schmaler Nasenöffnung, schmalem Gaumen gestreckten seitlichen Unterkieferwinkeln. Der Laryngologe würde sie Typen von «adenoidem Bau» nennen. — Daneben haben wir vergleichshalber auch einige Breitgesichter gemessen: typisch für dieselben ist der im Verhältniss zur Obergesichtshöhe breite Abstand der Jochbogen, die niedere breite Augenhöhle, die weite Apertura piriformis, der niedere Alveolarfortsatz, das Aufeinandertreffen und Abgenütztsein der Kauflächen beider Zahnreihen. (Vergl. auch Kollmann, Beiträge zu einer Kraniologie der europäischen Völker. Archiv f. Anthropologie Bd. XIII. 1881 und XIV. 1882; und, Ober- und Unterkieferformen bei Europäern, Schweizerische Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde Bd. II. 1892, p. 64.) Durchgehends findet sich bei diesen Chamaeprosopen auch ein niederer, breiter, harter Gaumen.

Nur beiläufig möchte ich hier noch eine Bemerkung anbringen, die sich mir aufgedrängt hat bei den Messungen an diesen Rassenschädeln und welche sich bezieht auf die Beobachtungen Hopmann's über die Kürze des sagittalen Septumdurchmessers bei den Ozaenakranken. Es war mir nämlich die Thatsache höchst interessant, dass im Gegensatz zum Leptoprosopen, dessen hinterer Vomerrand senkrecht steht, beim Breitgesicht die hintere Septumkante von der Schädelbasis weg auffällig schief nach vorn unten verläuft, im untern Nasengang gemessen der Vomer also bei den Chamaeprosopen relativ kürzer erscheinen muss als bei den Leptoprosopen. Demnach gilt diese von Hopmann der Ozaena zugeschriebene Eigenthümlichkeit für alle Breitgesichter.

Kayser hat letztes Jahr kurz nach der Publication der Fränkel'schen Arbeit in der laryngologischen Section der Naturforscherversammlung in Frankfurt berichtet über Schädelmessungen bei Ozaena und bei adenoiden Vegetationen; der betreffende Vortrag, auf den ich schon oben Bezug genommen habe, ist in der Wiener klin. Rundschau 1897 No. 9 erschienen. Seine Angaben, die übrigens nur sehr allgemein gehalten sind und die schon desshalb einen nähern Vergleich mit den Fränkel'schen und den seither von uns vorgenommenen Messungen nicht zulassen, scheinen eher sich zu decken mit der bisher giltigen und von uns bekämpften Anschauung, dass nämlich die Schmalgesichter (namentlich im juvenilen Alter) vorherrschen bei den an adenoiden Vegetationen Leidenden.

V. Lange in Kopenhagen hat in der 1. Nummer der Berliner klinischen Wochenschrift dieses Jahrgangs eine bemerkenswerthe kurze Arbeit veröffentlicht, über den «adenoiden» Habitus; er berichtet, dass nach seiner Erfahrung eine kleine Gruppe von Patienten mit deutlich ausgesprochenem adenoiden Habitus und mit behinderter Nasenathmung bei der Untersuchung keine Spur von Hypertrophie der Rachendachtonsille zeigten, dass dieselben dagegen meist an Abnormitäten körperlicher und geistiger Art litten [1]). Ich begrüsse diesen Ausspruch als den ersten Schritt zur Rückkehr von einer in schiefe Bahnen einlenkenden Auffassung eines ursprünglich richtig vorgezeichneten klinisch-anatomischen Bildes und als Mahnung zu nüchterner Prüfung der thatsächlichen Verhältnisse. Es wäre mir ein Vergnügen, wenn ich die verehrten Herren Collegen durch diese Mittheilung anregen könnte, meine Resultate an einem grösseren Materiale, als es mir zu Gebote steht, nachzuprüfen.

Rhinitis nervosa.*)

Von Privatdocent Dr. *Seifert* in Würzburg.

Wenn auch das Krankheitsbild der Rhinitis nervosa (Coryza vasomotoria, nervöser Schnupfen) ein wohlbekanntes ist, so verlohnt es sich doch, vom heutigen Standpunkt unserer rhinologischen Kenntnisse aus einmal Umschau zu halten über dieses immerhin interessante Capitel.

Von der Rhinitis nervosa im weiteren Sinne trenne ich für heute ab jene unter dem Namen «Heufieber» bekannte Form der Rhinitis vasomotoria periodica und jene Formen, welche bei pathologischer Irritabilität der Nasenschleimhaut unter der Einwirkung ganz besonderer Reize auftreten, dahin gehört z. B. der von B. Fraenkel uns so anschaulich geschilderte Eisenbahnschnupfen, ebenso jene mit schweren reflectorischen Störungen einhergehenden Formen.

Zum Gegenstand meiner Besprechung habe ich nur jene Form des nervösen Schnupfens gewählt, welche ich ausschliesslich bei erwachsenen Personen zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Patienten kommen gewöhnlich mit der Angabe zum Arzte, dass sie an einer äusserst lästigen Disposition zu Schnupfen leiden, entweder in der Weise, dass ein Schnupfenanfall auf die leichtesten Reize hin ausgelöst wird, wie Temperaturwechsel, psychische Erregung oder auch, dass ohne eine bemerkbare oder nachweisbare Ursache ein solcher Anfall zu Stande kommt. Dieser wird mit

[1]) Englische Autoren berichten über das häufige Zusammentreffen von Idiotie mit abnormer Gestalt des oberen Alveolarbogens.

*) Vortrag, gehalten in der IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg.

oder ohne einen Niesanfall eingeleitet, in manchen Fällen bilden die Nieskrämpfe, wenn auch nicht das einzige, so doch das hervorstechendste Symptom des ganzen Schnupfenanfalles. Bei genauerem Nachfragen über den Verlauf der Schnupfenanfälle erhält man die Mittheilung, dass solche stunden- oder tagelang andauern, dass während des ganzen Verlaufes des Anfalles die Absonderung eine rein seröse bleibt, dass niemals ähnliche Stadien des Verlaufes beobachtet werden wie bei der meist auf infectiöser Basis beruhenden Rhinitis acuta. Ferner kommt es bei der Rhinitis nervosa niemals zu derart andauernden Verstopfungen der Nase, wie bei dem gewöhnlichen Schnupfen; meist findet eine Verstopfung der Nase nur in jenen Fällen statt, in welchen Nieskrämpfe den Process einleiten oder denselben begleiten, in einer ganz erheblichen Anzahl von Fällen macht sich eine stärkere Verstopfung der Nasenwege überhaupt nicht bemerkbar. Ferner fehlen die dem gewöhnlichen Schnupfen eigenen Störungen des Allgemeinbefindens, das Gefühl von Unbehagen, Müdigkeit, Stirndruck und dergl. Dagegen kann manchmal die auch den nervösen Schnupfen begleitende Thränenhypersecretion eine so beträchtliche sein, dass dieses Symptom die Patienten zum Augenarzt führt, der bei richtiger Beurtheilung des Zusammenhangs solche Patienten dem Rhinologen überweisen wird. Die Anfälle wiederholen sich in kürzeren oder längeren Pausen, bei manchem Individuum kehren solche Anfälle wöchentlich 1—2 mal, bei manchen in Pausen von 14 Tagen bis 4 Wochen wieder. Ganz vereinzelt scheinen die Fälle zu sein, bei welchen keine Intermissionen auftreten, so dass ständig eine klare, dünne, wässerige Flüssigkeit, ohne oder mit häufigerem Niesen, aus der Nase abfliesst.

Es sind das dann wohl solche Fälle, wie sie von Fink als Hydrorhoea nasalis bezeichnet sind. Ein Patient aus meiner Klientel, ein älterer College, leidet schon seit etwa 5 Jahren an einer derartigen Form, er studirt die ganze Literatur über Hydrorhoea nasalis, fahndet nach immer neuen Behandlungsmethoden, ohne bis jetzt, nachdem er alles Mögliche probirt hat, und alles Mögliche an ihm probirt ist, von seinem Uebel befreit worden zu sein. Zur Zeit kann er nicht von der Idee abgebracht werden, dass aus seiner Nase sich täglich eine gewisse Menge Cerebrospinalflüssigkeit entleere.

Einen Zusammenhang solcher Anfälle mit Gallensteinkolik (Cahn), Ulcus ventriculi, Gravidität oder irgend welchen anderen entfernt gelegenen, grob anatomischen Ursachen konnte ich in keinem meiner Fälle auffinden. Ob Malaria, wie in einem Theil der von Chappell mitgetheilten Fälle, schuld sein kann, vermag ich nach meinen Erfahrungen nicht zu entscheiden. Die Malaria spielt in solchen Fällen vielleicht nur eine nebensächliche Rolle und übt einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und auf die Symptome aus.

Vorboten des Schnupfenanfalles, wie sie Hornung in einem Falle beobachtete, bei welchem erst Pruritus ani auftrat, dann Niesen, Kälterieseln, Brennen in den Augen und schliesslich wässeriger Ausfluss aus der linken Nasenhälfte mit starker Schwellung der Schleimhaut folgte, habe ich in keinem meiner Fälle gesehen.

Diese milde, und ich möchte fast sagen, reine Form der Rhinitis nervosa, rein insofern, als die Erscheinungen von Seite der Nase nahezu ausschliesslich das Krankheitsbild beherrschen, scheint nicht immer leicht zu diagnosticiren sein, wenigstens habe ich eine Anzahl von Fällen zur Behandlung bekommen, welche von anderen Collegen von ganz anderen Gesichtspunkten aus angesehen und behandelt worden waren.

Da die Anfälle nicht in allen Fällen so charakteristisch sind, dass man allein aus der Beschreibung des Kranken die Diagnose stellen kann, so muss man in vielen Fällen dem aetiologischen Momente erst nachgehen, um zu einer richtigen Anschauung über die Natur des Leidens zu gelangen. In der Mehrzahl der Fälle wird man ohne Weiteres erkennen, dass eine allgemeine Nervosität, mag man diese nun Neurasthenie benennen oder nicht, als Grundlage für den geschilderten Symptomencomplex anzuschuldigen ist; die Patienten sind reizbar, hypochondrischer Stimmung u. s. w., aber in anderen Fällen bei scheinbar phlegmatischen Individuen kommt das nervöse Element nicht ohne Weiteres zum Ausdruck. Ich habe eine Reihe von Individuen gesehen, bei welchen die Frage nach allgemeiner Nervosität Anfangs direct verneint wurde. Die Patienten behaupteten, gegen früher in keiner Weise, weder in ihrem Allgemeinbefinden, noch auch in ihrer Stimmung verändert zu sein. Erst auf die directe Frage nach bestimmten nervösen Störungen stellte sich doch die nervöse Grundlage heraus. Solche Fragen beziehen sich auf das Verhalten des Schlafes, auf das Verhalten gegenüber psychischen Einwirkungen irgend welcher Art, etwa ob die Patienten den Vorkommnissen des täglichen Lebens weniger psychische Kraft entgegenzusetzen im Stande sind u. s. f. Ja bei einzelnen meiner Patienten musste ich die Angehörigen zu Hilfe nehmen, um zu einer richtigen Auffassung zu gelangen. Es stellte sich heraus, dass ihnen selbst eine Veränderung ihres psychischen Verhaltens nicht zum Bewusstsein gekommen war, während die nächste Umgebung (Mann, Frau, Töchter, Verwandte) auf Befragen mittheilte, dass der betr. Patient oder die Patientin reizbarer sei als früher, geringere Vorkommnisse, wie sie täglich in Familie und Haushalt sich ereignen, ganz anders beurtheilen als früher u. dergl. mehr. Erst längere Zeit fortgesetzte Eigenbeobachtung zeigte solchen Patienten, dass ihr psychisches Verhalten gegen früher sich in Wahrheit geändert hatte, dass sie in Wirklichkeit nervös geworden waren. Wie wichtig die rechtzeitige Erkenntniss der nervösen Grundlage dieser Form der Rhinitis ist, wird Herr Avellis Ihnen nachher besprechen.

Ob es sich bei der Rhinitis nervosa um eine Affection des Nervus spheno-palatinus oder des Sympathicus handelt, wage ich nicht zu entscheiden.

Bei der objectiven Untersuchung eines an Rhinitis nervosa leidenden Individuums findet man in der anfallsfreien Zeit die Schleimhaut der Nase nicht ganz normal; die Schleimhaut sieht blass, aber auffällig gelockert aus, wie ich das als Charakteristicum der Rhinitis hypersecretoria der skrophulösen Kinder beschrieben habe. Das Volumen des Muschelgewebes ist in vielen Fällen ein auffällig geringes. Im Anfalle selbst erscheinen beide unteren Muscheln oder nur die der einen Seite in mehr oder weniger hohem Grade angeschwollen, die unteren Nasengänge mit dünnem, serösem Secret erfüllt, aber die Färbung der Schleimhaut ist ebenso wie ausserhalb des Anfalles ziemlich blass und die Lockerung des Epithels noch beträchtlicher als ausserhalb des Anfalles. Ich kann mich nicht erinnern, bei einem der Autoren eine Notiz über diese Seite des makroskopischen Verhaltens der Schleimhaut gelesen zu haben.

In diagnostischer und therapeutischer Beziehung möchte ich noch bemerken, dass die Wirkung des Cocaïns auf eine derart geschwellte Schleimhaut nur eine unvollständige ist, so dass es sich nicht empfiehlt, Cocaïn zur Milderung der Schnupfenanfälle anzuwenden, zumal solche Individuen bei fortgesetztem Cocaïngebrauch leicht dem Cocaïnismus verfallen, was ich früher schon einmal hervorgehoben habe.

Möglicherweise könnte diese mangelhafte Cocaïnwirkung darauf zu beziehen sein, dass es sich bei der Rhinitis nervosa der Hauptsache nach um eine vorübergehende, anfallsweise auftretende Lähmung der Vasoconstrictoren handelt.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Heidelberg. Director: Prof. Dr. Vierordt.

Ueber eine besondere Indication zur therapeutischen Anwendung des Tannalbin.

Mitgetheilt von Dr. *L. Roemheld*, I. Assistent.

In der letzten Zeit mehren sich die Publicationen über die therapeutische Verwendbarkeit des Tannalbin.

Das Mittel wird in der hiesigen medicinischen Poliklinik und Kinderklinik seit der Mitte des vorigen Jahres regelmässig angewandt. Es hat sich dabei, wie bereits Prof. Vierordt dargethan hat, und wie auch von allen neueren Beobachtern bestätigt wird, herausgestellt, dass das Tannalbin in subacuten und chronischen Fällen von Enteritis sowohl bei Kindern, als auch bei Erwachsenen geradezu vorzügliche Dienste leistet und unbedingt an die Spitze der adstringirenden Styptica gestellt zu werden verdient. Kurz bemerken möchte ich hier noch, dass wir bei acuten

Formen des Darmkatarrhs, insbesondere bei dem Brechdurchfall der Kinder, in der Regel Kalomel mit Tannalbin combinirt geben und zwar gewöhnlich nach einander, nicht gleichzeitig, wie es Rey empfohlen hat.

Zweck der folgenden kurzen Mittheilung ist es, auf eine Anwendungsweise des Tannalbin aufmerksam zu machen, die mir für den Kinderarzt eine ganz besondere Bedeutung zu haben scheint. Der Arzt sieht sich vielfach in die Lage versetzt, Medicamente zu verordnen, die als unangenehme Nebenwirkung Verdauungsstörungen, vor Allem Durchfälle hervorrufen. Es handelt sich meist um sehr fettreiche Medicamente; insbesondere kommt der Leberthran in Betracht. Es wurde nun hier bei einer grossen Anzahl von Kindern die Erfahrung gemacht, dass, wenn die Darreichung von Leberthran Durchfälle erzeugte, die gleichzeitige Verordnung von 2—3 g Tannalbin im Tag sofort normale Stühle zur Folge hatte. Der Leberthran konnte auf diese Weise bei Kindern, welche ihn ohne Tannalbin nicht vertrugen, anstandslos Monate lang fortgegeben werden.

Von ganz besonderer Wichtigkeit erscheint mir diese gewissermaassen prophylaktische Anwendungsweise des Tannalbin bei der Behandlung der Rachitis. Phosphorleberthran ruft bekanntlich nicht selten, und zwar vielleicht noch eher als einfacher Leberthran, Durchfälle hervor. Doch hat sich gerade die Combination von Phosphor mit Leberthran bei der Therapie der Rachitis als besonders wirksam erwiesen. Gibt man nun Phosphorleberthran zusammen mit Tannalbin, so wird ersterer meist gut vertragen, auch schon von Kindern unter einem Jahr, und kann Monate lang fortgegeben werden. Ich habe diese Combination bei 25 Kindern in der hiesigen Kinderklinik und bei ungefähr ebenso vielen Fällen der Poliklinik erprobt und glaube sie mit Recht empfehlen zu dürfen. Meist konnte ich bei Darreichung von Phosphorleberthran constatiren, dass jedesmal, wenn Tannalbin ausgesetzt wurde, die Stühle schlechter und häufiger wurden, um sofort nach Wiederaufnahme der Tannalbin-Behandlung wieder geformt zu werden. Bisweilen beobachtete ich auch, dass von Kindern, die anfangs Phosphorleberthran durchaus nicht vertragen konnten, nachdem einmal eine Zeit lang Tannalbin zugleich gegeben worden war, der Phosphorleberthran zuletzt auch ohne gleichzeitige Verabfolgung von Tannalbin vertragen wurde. Kurz erwähnen will ich noch, dass Kinder unter einem Jahr gewöhnlich 3 mal täglich ½ Theelöffel einer Phosphorleberthranmixtur von 0,01 : 100,0, ältere Kinder 3 mal einen ganzen Theelöffel voll erhielten. Daneben wurden noch 2—4 g Tannalbin im Tag verabreicht.

Weniger bewährte sich bei meinen Versuchen das Tannalbin bei Kreosotdurchfällen. Bei Individuen, die auf Kreosotverordnung hin mit Verdauungsstörungen reagirten, war es meist nicht möglich, durch gleichzeitige Darreichung von Tannalbin geformte Stühle zu erzielen und so die Aufnahme von Kreosot zu erzwingen. Es ist dies um so auffallender, als das Tannalbin bei der tuberculösen Enteritis meist sehr prompt wirkt, wie auch die anderen Beobachter gefunden haben. Dagegen sind durch Kreosot bedingte Durchfälle gewöhnlich sehr hartnäckig und werden auch durch Tannalbin nur wenig beeinflusst.

Schliesslich führe ich noch an, dass sich mir die Combination von Kalomel, als Antisyphiliticum gereicht, mit Tannalbin in der Kinderpraxis ebenfalls in einigen Fällen bewährt hat. Dagegen konnten schleimige Stühle, hervorgerufen durch Quecksilber-Intoxication, wie sie selbst bei vorsichtigster Einreibung mit grauer Salbe im Kindesalter leicht auftritt, durch Tannalbin nur schwer und langsam zum Verschwinden gebracht werden.

Immerhin dürften über die gleichzeitige Verwendung von Tannalbin und Kreosot oder Quecksilberpräparaten noch weitere Versuche wünschenswerth sein.

Die günstige Wirkung des Tannalbin bei Darreichung von Phosphorleberthran scheint mir jedoch nach meinen Erfahrungen absolut sicher zu sein. Es sei daher diese Combination nachdrücklichst empfohlen.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Königsberg.

Gastritis ulcerosa chronica.

Ein Beitrag zur Kenntniss des Magengeschwürs.

Von Prof. *C. Nauwerck.*

(Schluss.)

Auf eine besonders warme Zustimmung dürfte der hier unternommene Versuch, für die chronische Gastritis eine, wenn auch nur bescheidene Stelle in der Aetiologie des runden Magengeschwürs zu beanspruchen, nicht zu rechnen haben. Zwei Gegengründe zumal, der eine anatomischer, der andere klinisch-chemischer Art, treten ihm abwehrend in den Weg.

Die Gastritis ist eine verbreitete, das Ulcus eine umschriebene Erkrankung. Zugegeben nun, die chronische Entzündung sei der gegebene Boden, in den das Geschwür sich eingräbt: warum kommt es dann nicht vielmehr zu einer weithin sich erstreckenden Verschwärung? Und dieser Einwand gilt zweifellos zu Recht, ob man nun, wie üblich, an eine zerstörende Wirkung des Magensaftes auf die krankhaft veränderte Schleimhaut oder in der oben angedeuteten Weise an eine zur Nekrose führende entzündliche Ernährungsstörung denken mag.

Es ist in der That nicht in Abrede zu stellen, dass die Autoren, welche Entzündung und Ulcus mit einander verknüpften, von Cruveilhier herab bis auf Korczynski und Jaworski[5]) nicht eben sehr beweiskräftiges anatomisches Material zu Hauf getragen haben.

«L'histoire des causes de l'ulcère simple de l'estomac est enveloppée dans une obscurité profonde, ou plutôt cette maladie reconnait toutes les causes de la gastrite. Mais pourquoi un point, un seul point de l'estomac est-il profondément affecté, tous les autres points de l'organe se trouvant dans un état parfait de l'intégrité? Voilà ce qui paraît bien difficile à expliquer.»

«L'ulcère simple de l'estomac présente les mêmes caractères que les ulcères cutanés produits par une cause interne générale ou par un vice local. Il y a d'abord érosion de la muqueuse, en vertu de ce travail morbide que Hunter a si ingénieusement nommé inflammation ulcéreuse; l'érosion ou ulcération devient un ulcère, qui offre tous les attributs de l'ulcère syphilitique.»

Als Cruveilhier[6]) mit diesen Worten Gastritis und Ulcus nach ihren Ursachen auf eine Linie stellte und das einfache Magengeschwür auf Entzündung zurückführte, muss er wesentlich unter dem Eindrucke seiner ärztlichen Erfahrung, vielleicht auch gewisser theoretisirender Zeitströmungen, gestanden sein. Denn am Leichentisch hat er Fälle, welche diese Lehre hätten begründen können, offenbar nicht gesehen; das Ulcus, welches zudem Cruveilhier als «presque toujours unique» bezeichnet, in einem sonst gesunden Magen darf nicht einer Gastritis im gewöhnlichen Sinne, wie sie auch Cruveilhier hier fasst, zugeschrieben werden.

Diese stark schematisirende Darstellung Cruveilhier's scheint in Frankreich noch immer ihre Nachwirkung zu üben, wenn auch von gewisser Seite, z. B. von Debove und Renault[7]) die entzündliche Entstehung des Magengeschwürs vollständig fallen gelassen wurde; ich denke dabei namentlich an Mathieu[8]), bei dem sich auch die zwischenliegende Literatur berücksichtigt findet.

Bei der chronischen Gastritis bilden sich nach Mathieu entweder einfache folliculäre Erosionen oder sogar Ulcerationen, die sich mit dem runden Magengeschwür vergleichen lassen. «Il n'y pas de limite en somme entre l'ulcération de la gastrite et l'ulcère rond.»

Aber Mathieu meint durchaus nicht die, wie er sie nennt, «banale, mit Geschwürsbildung einhergehende» Gastritis, sondern in ersichtlicher Anlehnung an Korczynski und Jaworski nur eine mit Hyperacidität verbundene Form, die sich durch tiefer greifende Entzündung, verlangsamte Circulation, verminderte Vitalität auszeichnet.

«Gastrite d'une part et l'hyperchlorhydrie de l'autre, ce sont là les deux grands facteurs de l'ulcère rond. Ils expliquent la majorité des cas, s'ils ne les expliquent pas tous.»

---

[5]) Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 47, 1891.
[6]) Anat. Pathol. I. Livr. X, p. 1.
[7]) Ulcère de l'estomac, Paris 1892.
[8]) Traité de médecine, III, 1892.

Damit schiesst Mathieu, ähnlich wie Cruveilhier weit über das Ziel hinaus; wie das Buch denn überhaupt den Leser mit dem Gefühl entlässt, dass der Verfasser hier nicht recht klar gesehen: die Geschwüre bei chronischer Gastritis und das Ulcus simplex lassen sich im Allgemeinen nicht trennen; das wird dann wieder eingeschränkt auf Gastritis mit Hyperacidität; diese Vereinigung soll die Entstehung der meisten, wenn nicht aller runden Magengeschwüre erklären; anderseits gehört Hyperacidität nach Mathieu nicht in das Gebiet vorgerückter allgemeiner Gastritis. . . .

Histologisch gibt Mathieu folgende etwas unbestimmt klingende Schilderung:

«Les ulcérations de la gastrite chronique résultent le plus souvent de la mortification des amas embryonnaires. Il se fait une vraie fonte de la muqueuse dont les éléments cellulaires s'éliminent par une sorte de suppuration ou de nécrobiose superficielle. On doit invoquer aussi l'action du suc gastrique. Il se creuse ainsi soit de simples érosions folliculaires, soit des godets plus étendus, soit même des ulcérations comparables à l'ulcère rond. C'est là du reste certainement le mécanisme par lequel se font bon nombre d'ulcères simples. — Les glandes sont entraînées dans cette destruction; elles sont entamées de la périphérie vers la profondeur. Elles perdent ainsi la moitié ou le tiers de leur longueur; parfois elles disparaissant complètement.»

Einzelfälle gibt Mathieu keine; die Eingangs hervorgehobene Schwierigkeit berührt er gar nicht; und so wirkt denn seine Darstellung wenig überzeugend.

Auch Korczynsky und Jaworski machen es sich mit ihrer anatomischen Beweisführung, die allein mich hier angeht, ziemlich bequem.

Sie sehen in der Einwirkung eines excessiv verdauungsfähigen scharfen Magensaftes auf die entzündete Schleimhaut das aetiologische Moment für die Entstehung des Magengeschwürs.

Die chronische Gastritis mit ihrer kleinzelligen Infiltration der Mucosa und Submucosa, verbunden mit dem entzündlichen Zustand des interglandulären Gewebes und État mamelonné ist in diesen Fällen dadurch besonders gekennzeichnet, dass die Hauptzellen geschwunden, die Belegzellen erhalten sind.

Ohne leugnen zu wollen, dass eine so geartete chronische Gastritis vorkommt, und unbeschadet der klinischen, bekanntlich stark angegriffenen Auffassung, muss ich gestehen, dass meines Erachtens Korczynski und Jaworski lediglich das Nebeneinander, nicht aber das Ulcus als Folgezustand der Entzündung festgestellt haben, und ihnen blieb ja auch der Einwand nicht erspart, das Ulcus und nicht die Gastritis sei das erstbeste Leiden. In zwei Fällen besitzen wir nur ihre Mittheilungen über die mikroskopische Untersuchung von Schleimhautstückchen, welche bei operativen Eingriffen wegen Ulcus und Pylorusstenose nebenher ausgeschnitten wurden, der Zustand des übrigen Magens blieb unbekannt. In einem dritten Fall fanden sich bei der Section ein perforirtes Geschwür und zwei Narben, in dem letzten endlich, bei dem die Pylorusresection vorgenommen war, wurde lediglich die Schleimhaut dieses Theils untersucht; im Uebrigen bestand État mamelonné. Also verbreitete Entzündung, weithin wirkender übersäuerter Magensaft — und einzelnes umschriebenes Geschwür! Ueber diesen heikeln Punkt sowohl als über die Geschwürsbildung in ihren Einzelheiten gehen Korczynski[9]) und Jaworski mit dem Zugeständniss hinweg, dass sie auch die übrigen bekannten aetiologischen Momente des Ulcus ventriculi, so namentlich Gefässverschlüsse, gelten lassen, sie aber nur als Gelegenheitsursachen in manchen Fällen betrachten möchten.

Ohne verdauungskräftigen, normal sauren oder übersäuerten Magensaft kein Ulcus ventriculi — fort desshalb mit dem chronischen Magenkatarrh aus der Aetiologie des Magengeschwürs! Denn die Gastritis chronica mit ihrer Schädigung des secernirenden Parenchyms führt schon früh zu Subacidität oder gar Inacidität; und gerade diese Verschlechterung des Magensaftes schützt die Magenwand bei der katarrhalischen Gastritis vor einer ausgedehnten Zerstörung, welche bei den sie begleitenden erheblichen Circulationsstörungen in der Mucosa und Submucosa sicher stattfinden müsste.[10]) So erklärt es sich, dass die chronische Gastritis, z. B. bei Potatoren, sich so selten mit Ulcus complicirt.

Indessen scheinen sich die Stimmen mehren zu wollen, welche gegen diesen in der deutschen und englischen Literatur — sofern Sidney Martin[11]), wie ich mir habe sagen lassen, in der That die dortigen Ansichten vertritt — herrschenden Glaubenssatz der modernen klinisch-chemischen Diagnostik Einspruch erheben.

Boas[12]) bezeichnet ihn nach eigenen neueren Beobachtungen als zweifellos unrichtig. «Es gibt eine klinisch wohl charakterisirte Form der chronischen Gastritis, die mit normaler oder gesteigerter Salzsäure-Abscheidung einhergeht.» Diese «Gastritis mit Superacidität» hat klinisch mit dem «sauren Magenkatarrh» von Korczynski und Jaworski und der Hayem'schen «Gastrite hyperpeptique» nichts gemein, welche Boas vielmehr als Magensaftfluss (Riegel, Reichmann) auffasst. Ihm schliesst sich neuerdings Schneider, wenigstens für nicht allzuweit vorgeschrittene Fälle chronischer Gastritis an[13]); der von mir vorgetragene Fall dürfte beweisen, dass eine Jahre lang bestehende Gastritis immer noch im Stande sein kann, das Parenchym zu einer verdauungskräftigen Secretion zu befähigen.

So leugnen denn Ewald, Rosenheim[14]), Sidney Martin, v. Liebermeister[15]) («Ulcus ventriculi hat mit dem gewöhnlichen katarrhalischen Geschwür keine Aehnlichkeit, und in manchen Fällen ist neben Magengeschwür ein bemerkenswerther Grad von Katarrh der Schleimhaut gar nicht vorhanden») u. A. den ursächlichen Zusammenhang zwischen chronischer Gastritis und Ulcus rotundum durchaus, während nach Boas «auch die klinischen Erfahrungen zeigen, dass Magengeschwüre auf der Basis chronisch-entzündlicher Processe auf der Magenschleimhaut sich entwickeln können». Freilich fügt Boas einschränkend hinzu, dass «in derartigen Fällen Gelegenheitsursachen verschiedener Art (Traumen, Fremdkörper, chemische, thermische Reize u. a. m.) die Entwicklung des Ulcus begünstigen oder gar hervorrufen mögen» — wobei denn die Entzündung als solche wieder stark in's Hintertreffen geräth. Aehnlich rechnet Fleiner[16]) den chronischen Katarrh (bei Weinhändlern, Hôteliers, Potatoren) zur Aetiologie des Ulcus ventriculi, Bedingung aber ist und bleibt, dass «an irgend einer Stelle eine anaemische Nekrose zu Stande kommt».

Der von mir geschilderte Fall hält diesen Bedenken gegenüber Stand: Verbreitete Entzündung, verbreitete Nekrose und Verschwärung, in welcher sich als blosse Theilerscheinung die runden, perforirenden Ulcera ein- und unterordnen; das Parenchym trotz langjähriger Krankheitsdauer in solcher Ausdehnung und Lebensfähigkeit erhalten, dass, soweit der anatomische Befund einen Rückschluss gestattet, verdauungskräftiger Magensaft bis zum Ende abgesondert worden ist.

Durch das die Ueberschrift bildende Schlagwort habe ich diese Beobachtung von dem gewöhnlichen Ulcus ventriculi zu trennen beabsichtigt, bei dem auch nach meinen Erfahrungen die chronische Gastritis fehlt oder wenigstens nicht als dessen Ursache angesprochen werden darf.

Die Massenhaftigkeit der Geschwüre in einem Magen mit den Zeichen chronischer Gastritis (ein schlechtes Feld übrigens für chirurgische Eingriffe, von übler Prognose!), die Uebergänge leichter Schleimhauterosion bis zum Ulcus rotundum oder Ulcus perforans dürften am Leichentisch zur Diagnose der Gastritis ulcerosa chronica berechtigen. In der Literatur finden sich einzelne, freilich nicht erschöpfend beschriebene Fälle, die ich hieher zu rechnen geneigt bin. Langston Parker[17]) sah neben grösseren Ulcera eine Menge kleiner exulcerirter Stellen, Affleck[18])

[9]) Auch Hayem stellt bei seiner Gastritis parenchymatosa s. glandularis eine Form mit Vermehrung oder Hypertrophie der Belegzellen und Verminderung der Hauptzellen auf. (Archiv für Verdauungskrankheiten, III. 1.)

[10]) Fleischer, Lehrbuch der inneren Medicin. II. 1896. S. 833. — Ewald, Klinik der Verdauungskrankheiten, II. Dritte Auflage 1893.

[11]) Functional and organic diseases of the stomach, 1895.

[12]) Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. III. Auflage 1896.

[13]) Untersuchungen über die Salzsäuresecretion u. s. w., Virchow's Archiv, Bd. 148, 1897.

[14]) Krankh. der Speiseröhre und des Magens, II. Aufl. 1896.

[15]) Sammlung klin. Vortr. No. 61.

[16]) Krankheiten der Verdauungsorgane 1896.

[17]) Schmidt's Jahrb., Bd. 23, 1859.

[18]) Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. I, 1895/96.

bei einem Ulcus ventriculi mit tödtlicher Blutung 25 Geschwüre verschiedener Grösse; sie lagen alle an der hinteren Magenwand und gegen das Pylorusende; 1 oder 2 der Geschwüre waren so dünn, dass sie gerade auf dem Punkte der Perforation standen. Der bekannte Fall Lange's[19]) endlich scheint mir erst durch die Annahme einer chronischen Gastritis ulcerosa verständlich zu werden. Lange fand — neben einem perforirenden Ulcus — über die ganze Magenwand verbreitet nicht nur eine Unzahl Narben von verschiedener Grösse und Tiefe, sondern auch noch eine solche Menge unvernarbter Geschwüre, theils nur in der Tunica mucosa, theils auch bis in die Muscularis dringend, theils flach, theils hoch-, theils trichterförmig, dass er es aufgeben musste, sie sämmtlich zu zählen.

Für eine häufige Krankheit übrigens möchte ich die Gastritis ulcerosa chronica nicht halten, und auch von erfahrener klinischer Seite aus wurde mir ein entsprechender Bescheid zu Theil, als ich neulich in dem Königsberger Verein für wissenschaftliche Heilkunde die Frage aufwarf.[20]) Mit aller Bescheidenheit daher möchte ich es zur Erwägung stellen, ob nicht wenigstens ein Theil jener Fälle, welche lange Zeit als chronischer Magenkatarrh galten, bis endlich, ähnlich wie bei meiner Beobachtung, eine Blutung oder Perforation «die Situation mit einem Schlage klarlegt und für die Diagnose eines Ulcus rotundum entscheidend sind», zur Gastritis ulcerosa chronica gehört? Verdächtig sind mir endlich jene neuerdings, namentlich von Einhorn[21]) als «Magenerosion» beschriebenen krankhaften Zustände, bei welchen im Spülwasser Schleimhautstückchen gefunden werden; es handelt sich nach Einhorn um Exfoliationen, die sich Tag für Tag vollziehen und temporäre Erosionen zurücklassen; die Schleimhautstückchen waren vermuthlich bereits vor der Waschung ganz oder grösstentheils abgelöst. Die Diagnose Einhorn's lautete meist auf chronischen Magenkatarrh, der in einem Falle Anlass zur Entstehung von Ulcussymptomen gegeben zu haben schien.

Vor wenigen Tagen, als diese Mittheilung bereits abgeschickt war, kam ich bei der Section eines 35jährigen, überaus kräftig gebauten Mannes wieder in die Lage, eine Gastritis ulcerosa chronica und zwar unter entsprechender Betheiligung des angrenzenden Duodenums zu diagnosticiren; für die feinere Untersuchung durch das Mikroskop eignete sich das Material leider nicht mehr. Weitaus am stärksten war der Pförtnerabschnitt befallen, die Musculatur hier durch Massenzunahme und Bindegewebswucherung verdickt und etwas verhärtet, die Serosa sehnig; der Pylorus liess den Zeigefinger durchtreten. Die Schleimhaut erschien besonders im Pylorustheil stark verdünnt, dabei gitterartig, schiefrig gefärbt, auf der Unterlage angeheftet, im oberen wagrechten Duodenum im Allgemeinen etwas gewulstet, körnig, mehr bräunlich. In dem genannten Magen-Darm-Abschnitt fand sich nun eine ganze Anzahl von Geschwüren vor: sie besassen entweder das gewöhnliche Aussehen linsen- bis über pfennigstückgrosser, in Terrassen absteigender, glatter, runder Ulcera, die die Submucosa und Muscularis blosslegten; oder sie waren unregelmässig, ja zackig gestaltet, klein, gross, oberflächlich, tiefer, dabei glatt, scharf abgegrenzt oder so, dass sich auf dem Grunde Schleimhautinselchen erhoben, die nach Aussen hin zahlreicher, höher und grösser wurden. In einem kleinen, unregelmässig gestalteten, bis in die Muskelschicht reichenden Ulcus duodeni dicht am Pylorus machten sich durch austretende Blutströpfchen die Stummel zweier kleiner Arterien bemerkbar, welche Borsten in ihre Lichtung einführen liessen und aus denen eine starke Blutung in Magen und Darm erfolgt war. (Man wird an den zweiten Fall Lewy's [Beitr. z. pathol. Anat. u. Physiol. I. 1896, Seite 213] erinnert, bei dem es sich um einen beinahe vollständigen Schwund der Magenschleimhaut in Folge chronischer Gastritis mit Geschwürsbildung und tödtlicher Blutung handelte.)

Aus der von Herrn Professor v. Eiselsberg, welcher am 10. August die Gastroenterostomie machte, freundlichst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte ergibt sich, dass der Verstorbene als Student ein sehr starker Esser und Trinker gewesen war. Im Frühjahr 1896 bemerkte er nach dem Essen häufig ein starkes Druckgefühl; gleichzeitig magerte er ab. Medicamentöse Behandlung und eine Carlsbader Trinkcur im Spätsommer blieben ohne Erfolg. Dagegen besserte sich im Herbst der Zustand von selbst, das Gewicht nahm wieder zu. Allein Anfang 1897 wurden die Beschwerden wieder rege, Patient nahm von Neuem (bis zum Schluss um 31 Kilo) ab. Von Zeit zu Zeit trat Erbrechen, meistens mehrere Stunden nach der Mahlzeit ein; niemals Blutungen; vorübergehende Besserung unter Magenausspülungen. Der Arzt stellte fest, dass freie Salzsäure im Mageninhalt fehlte, ein Befund, der specialistischerseits im Juli, später auch noch in Königsberg, bestätigt wurde; etwas Milchsäure, reichlich lange Fadenbacillen. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Ulcuscarcinom; das Mikroskop ergab die Abwesenheit von Krebs.

«Entzündliche Zustände der Magenschleimhaut wurden», um mit Ewald zu sprechen, «von Alters her für die Entstehung des Magenkrebses herangezogen. Entsprechende Angaben findet man schon bei Boerhaave und van Swieten, und in der älteren Medicin um so häufiger, je unklarere Vorstellungen man sich über das Wesen der Krebsgeschwulst machte». «Die Entstehung aus dem chronischen Ulcus oder der entsprechenden Narbe ist auch für Ewald seit den Untersuchungen Hauser's ausser Zweifel gestellt». Was aber die anderweitigen chronisch auf die Schleimhaut wirkenden Reize anbetrifft, welche zur Carcinomentwicklung Anlass geben sollen, so liegen die vielfachen Ausnahmefälle so sehr auf der Hand, dass darauf einzugehen und die Unsicherheit dieser Angaben noch besonders zu erweisen nicht nothwendig ist». So findet die chronische Gastritis bei Ewald in der Aetiologie des Magencarcinoms keine Erwähnung, der Magenkatarrh ist lediglich eine Folgeerscheinung. Ebenso äussern sich Ebstein[22]), Fleischer, Fleiner, Sidney Martin, Rosenheim u. A., während es auch nicht an gegentheiligen Meinungen fehlt; nach Eichhorst[23]) z. B. «kann es keinem Zweifel unterliegen, dass Personen mit chronischem Magenleiden, namentlich mit chronischem Magenkatarrh oder rundem Magengeschwür in späteren Jahren zu Magenkrebs disponirt sind.» Und nach Korczynski und Jarworski «scheint eine Säureinsufficienz in Form eines schleimigen Magenkatarrhs zum Magencarcinom zu disponiren, da die in diesen Fällen degenerirte Schleimhaut in hohem Grade durch die Ingesta, womöglich am Pylorus gereizt ist».

Vom anatomischen Standpunkte aus dürfte zunächst eine mittelbare Veranlassung zum Magencarcinom durch chronische Gastritis in dem Sinne unbestreitbar sein, als polypöse Schleimhautwucherungen, welche ihrerseits erst aus chronisch entzündlichen Zuständen hervorgegangen sind, nicht selten einer secundären krebsigen Entartung verfallen. Ich beschränke mich gerne darauf, die bezüglichen Ausführungen Hauser's[24]) zu nennen.

Aber der von mir untersuchte Fall chronischer ulceröser Gastritis deutete histologisch noch auf andere Möglichkeiten hin, die kurz zu erwähnen ich mir nicht versagen mag, ohne dass freilich der Satz Ebstein's dadurch in's Wanken geräth: «Dass sich in Folge d. h. auf der Grundlage, in directer Abhängigkeit von einem chronischen Magenkatarrh ein Krebs des Magens entwickelt, dafür hat noch Niemand Beweise gebracht».

An dem, durch verdichtete, geglättete Submucosa und Muscularis begrenzten, inmitten stark entzündeter und atrophischer Schleimhaut gelegenen, in Vernarbung begriffenen Ulcus, nahe der kleinen Curvatur nämlich, besteht die durch Hauser's Untersuchungen so bekannt gewordene atypische Epithelwucherung oder atypische Drüsenwucherung. Sie schiebt sich über 1,5 mm weit unter die Muscularis mucosae der Nachbarschaft und in den Geschwürsgrund hinein; einzelne Schläuche finden sich in dessen Mitte im Bindegewebe der Muskelhaut. Dicht gedrängt liegen die Drüsen da, manchmal läppchenartig, von einem Punkte ausstrahlend zusammengeordnet, aber alle ohne die charakteristischen Belagzellen, nur mit kubischen oder regelmässig cylindrischen, oft sehr hohen Zellen versehen, die nicht eben zahlreiche Kerntheilungsfiguren aufweisen.

Dass von diesen atypischen Wucherungen verhältnissmässig häufig Carcinome ausgehen, steht fest.[25]) Das fragliche, in Ausheilung begriffene ältere Ulcus eignet der chronischen Gastritis ulcerosa als solcher — ein zweiter Weg, wie chronische Entzündung des Magens zur Krebsentwicklung führen kann.

---

[19]) Deutsche Klinik 1860 (bei Ewald S. 387).
[20]) Deutsche med. Wochenschr., Sitzungsbericht vom 8. Febr. 1897.
[21]) Berliner klin. Wochenschr. 1895. — Vergl. auch Cohnheim, Archiv f. Verdauungskrankh. Bd. I. 1895.
[22]) Sammlung klin. Vortr. 1887.
[23]) Handb. der spec. Path. und Ther. 5. Aufl. 1895.
[24]) Das Cylinderepithel-Carcinom des Magens und des Dickdarms. 1890. (S. 142).
[25]) Hauser, Das chronische Magengeschwür u. a. a. O.

Ich war etwas überrascht, nun auch wiederholt an anderen ulcus- und narbenfreien Stellen fleckweise die gleiche atypische Drüsenwucherung anzutreffen[26]); sie betraf Partien, in deren Bereich die chronisch-entzündete Schleimhaut nur ganz unbedeutend oder bis zur Hälfte und weniger durch Atrophie erniedrigt war.

Die atypischen Schläuche sassen in der verdickten, verworfenen und durchbrochenen Muscularis mucosae und in der Submucosa; nicht selten sah man noch den Zusammenhang mit dem Fundus einer Schleimhautdrüse, hie und da durch einen dünnen Hals hergestellt, der nur 1—2 kubischen Epithelien Raum gewährte.

Chronische atrophirende Gastritis an und für sich kann danach mit atypischer Drüsenwucherung einhergehen, welche die Grenzen der Schleimhaut durchbricht und der sich die Fähigkeit, in Krebs überzuführen, nicht absprechen lässt. Ein derartig entstandenes Carcinom würde unter Umständen, ähnlich wie es Hauser für die Narbenkrebse zulässt, unter der nicht krebsig erkrankten Schleimhaut sich entwickeln; ein gleichzeitiger oder nach und nach erfolgender Ausbruch an verschiedenen räumlich getrennten Stellen des Magens, vielleicht mit späterem Zusammenfliessen der flächenhaft sich ausbreitenden Krebsherde liesse sich wohl denken und würde ihres thatsächlichen Gegenstücks in der Entwicklungsart gewisser Magencarcinome nicht ermangeln. Doch bin ich weit entfernt, solche Vorstellungen verallgemeinern zu wollen.

So ganz auf den blossen Vergleich mit dem Ulcus- und Narbenkrebs stützen sich diese Erwägungen übrigens nicht. Wenn Hauser auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose in solchen Fällen aufmerksam macht, hebt er als Kennzeichen atypischer Wucherung hervor, dass der stets einschichtige Epithelbelag ausnahmslos von sehr regelmässigen cylindrischen oder kubisch geformten Zellen gebildet wird, während bei beginnender krebsiger Entartung die Drüsen sich durch wenigstens stellenweise mehrschichtigen Epithelbelag, ja selbst Verlust des Lumens und Polymorphie der Zellen auszeichnen. Ich hätte somit allen Grund, die Gutartigkeit der Drüsenwucherung in meinem Falle sowohl an dem vernarbenden Ulcus als an den entzündlich-atrophirenden Schleimhautpartien bereits in Zweifel zu ziehen; denn neben der Hauptmasse, welche die Hauser'schen Merkmale atypischer Wucherung an sich tragen, treten besonders an dem alten Ulcus verdächtige Veränderungen zu Tage: die submucösen Drüsen sind zu einem nicht unerheblichen Bruchtheil ohne Lichtung, indem die kubischen Zellen sie dichtgedrängt ausfüllen; an Stelle der Membrana propria tritt vielfach verdichtetes Bindegewebe; frei in den Gewebsfalten erscheinen endlich Reihen, einzeln aneinander, Epithelien.

Referate und Bücheranzeigen.

Prof. Dr. **R. v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Aerzte und Studirende.** Sechste vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart. Enke. 1897. 634 Seiten. Preis 13 M.

Das treffliche Lehrbuch hat sich im Laufe der letzten Jahre wenig verändert. Im Vergleiche zur dritten Auflage, welche an dieser Stelle zuletzt besprochen worden, ist es durch Reduction der Beobachtungen von 118 auf 80, durch Weglassung eines Theiles der Literaturangaben und durch Ausmerzung einiger unnöthiger Breiten um genau 100 Seiten gekürzt worden. Die — unwesentlichen — Aenderungen der Classification sind für nicht specialistische Kreise irrelevant.

Die «Erweiterungen des psychiatrischen Wissens» in den letzten Jahren sind aber doch nicht ganz so dürftig, wie Verfasser im Vorwort andeutet. Bei einer der häufigsten Geisteskrankheiten, dem als unheilbar verschrieenen Alkoholismus in seinen verschiedenen Aeusserungen, hat die Therapie bedeutende Fortschritte gemacht. Und zwar bilden nicht die allerdings sehr nützlichen Trinkerasyle, welche Verfasser anführt und welche dem grossen Krankenmaterial niemals werden genügen können, den Kernpunkt der neuen Behandlung, sondern dieser besteht in der Durchführung der absoluten Enthaltung von allen alkoholischen Getränken. Man wende nicht ein, die Abstinenz sei ausserhalb des Asyls undurchführbar. Die Erfahrung zeigt das Gegentheil. Aber allerdings muss man denen, welche in einem Lehrbuche therapeutische Rathschläge suchen, die Lage des Alkoholikers nicht als hoffnungslos hinstellen, sondern man soll ihnen sagen, wie sie ihre Kranken heilen können; und dann wird auch der Eine oder Andere nach den Vorschriften handeln und durch seine Erfolge den Boden ebnen für die schüchterneren Therapeuten, welche lieber ihre Patienten ungeheilt lassen, als neue Wege gehen. In der Schweiz zählen die in Asylen geheilten Alkoholiker nach Hunderten, die ausserhalb derselben genesenen nach Tausenden, und dies bloss Dank dem Wirken zweier Männer, eines Psychiaters und eines Pfarrers, welche den Muth hatten, trotz einiger Schwierigkeiten die richtige Therapie bekannt zu machen und durchzuführen.

Auch Kräpelin's Lehrbuch sollte nach des Referenten Meinung nicht so ganz ignorirt werden. Wenn auch die Zeit noch Manches, vielleicht die meisten seiner Detailauffassungen ändern wird, so bedeutet es doch in manchen Beziehungen einen sicheren Fortschritt und man darf nicht vergessen, dass auch die bisherigen künstlichen Classificationen vergänglich sind. Referent könnte ein halbes Hundert juvenile Fälle vorstellen, die sich in dem Rahmen des vorliegenden Lehrbuchs nicht unterbringen lassen, während sie der Darstellung Kräpelin's symptomatologisch und prognostisch vollkommen entsprechen.

Wie weit indessen ein Lehrbuch der Wellenbewegung der Wissenschaft folgen soll, ist eine individuelle Ansicht. Jedenfalls muss das Buch von v. Krafft-Ebing mit seiner klaren, alles Wesentliche berücksichtigenden Darstellung und seinen abgerundeten hübschen Krankheitsbildern allen Nichtspecialisten immer noch als das beste Lehrbuch der Psychiatrie empfohlen werden.

Bleuler-Rheinau.

F. v. Korányi-Budapest: **Zoonosen.** 1. Abtheilung. **Milzbrand, Rotz, Aktinomykosis, Maul- und Klauenseuche.** (Nothnagel, Spec. Pathologie, V. 5.) Mit 6 Textbildern und 6 Tafeln in Farbendruck. 150 S. gr. 8°. Wien 1897.

Das Capitel Milzbrand (p. 2—52) gibt ein gutes Bild vom heutigen Stande des Wissens. Nach kurzer historischer Einleitung wird der Bacillus geschildert; es folgt der Infectionsmodus, die pathologische Anatomie, die Verbreitung im Organismus, die Symptomatologie (der Hautcarbunkel ist durch 2 Bilder erläutert); das Oedème charbonneux ist besonders hervorgehoben, hierauf folgt die Erkrankung des Darmrohrs. Bei der Diagnose wird für den Carbunkel als charakteristisch bezeichnet ein Kranz von Bläschen um die Anschwellung (wie auch Reclus im Traité de chirurgie gut abbildet).

Bezüglich der Aetiologie gibt der Autor an, dass unter seinen Fällen 42 bei Hirten, 4 bei Kutschern, 4 bei Seifensiedern, 3 bei Gärtnern, 1 bei einem Arzte, 8 bei Bauernkindern vorgekommen sind. Therapeutisch empfiehlt K. mehrfache Einschnitte mit folgender Cauterisation mit rauchender Salpetersäure, was kaum schmerzhaft sei. Uebrigens ist gerade das Capitel Therapie sehr zum Studium zu empfehlen. Im Literaturverzeichniss finden sich grobe Druckfehler, Mayer statt Rayer, Menzinger statt Heusinger, Branell statt Brauell, Buchals statt Buchner; la maladie des «tireurs» de laine, soll heissen «tricur».

Der Rotz (Malleus) p. 53—79 ist ebenfalls gründlich beschrieben. Zu bemerken wäre, dass die Franzosen nicht «farcine», sondern «farcin» als Bezeichnung für die Krankheit haben. Die Literatur ist stellenweise chaotisch durcheinander geworfen.

Was Hippocrates betrifft, so ist wenigstens in der Collectio Hippercratica nichts von Malleus zu finden; sollte etwa der gleichnamige Hippiater gemeint sein, so musste es hervorgehoben werden. Dagegen hätte Verfasser den Thierarzt Pelagonius anführen können (ed. Max Ihm, Lipsiae 1892 § 204), der ein Jahrhundert früher als Vegetius den Rotz beschrieben hatte.

[26]) Bei Ewald, Seite 197, Figur 22 (mit cirrhotischer Schrumpfung verlaufende Phthisis ventriculi) heisst es in der Erklärung: «Die Muscularis mucosae fehlt. Die Submucosa ist in ein straffes, faseriges Bindegewebe verwandelt, in dem sich einzelne versprengte Drüsenreste finden.» — Der Text schweigt über diesen Befund.

Die Aktinomykose, die glänzende Entdeckung unseres Bollinger, nimmt Seite 80—136 ein, ist also nicht, wie der flüchtige Recensent in Schmidt's Jahrbüchern behauptet, «etwas kurz abgemacht», sondern vollständig ausgearbeitet. Recht ausführlich ist die Morphologie behandelt und durch 2 Tafeln trefflich illustrirt. Ebenso lässt die Darstellung der Beziehungen des Pilzes zu den Geweben, die pathologische Anatomie und die Symptomenlehre nichts zu wünschen übrig. Letzteres Capitel umfasst Kopf- und Halsaktinomykose, Lungen-, Bauch- und Hautaffectionen. Es wird recht gut sein, wenn die praktischen Aerzte sich endlich mit dieser wichtigen, gar nicht so seltenen Krankheit bekannt machen; ich kenne einen Fall, wo ein mit Halsaktinomykose behaftetes Fräulein Monate lang an einem Höhencurort als Tuberculöse zurückgehalten wurde; im Anhange folgen noch einige an Menschen beobachtete Streptothrixerkrankungen (Rosenbach, Förster, Kruse, Rossi-Doria).

Den Schluss der Abtheilung bilden die epizootischen Aphthen mit besonders genauer Darstellung der Symptome.

J. Ch. Huber-Memmingen.

Dr. J. Sendziak: Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre Radicalbehandlung. Preisgekrönte Arbeit. Wiesbaden bei J. F. Bergmann. Preis 7 Mk.

Die auf ein grosses statistisches, oft mit den grössten Schwierigkeiten erlangtes, Material gegründete Arbeit ist wohl die ausführlichste, die wir zur Zeit besitzen. Verfasser beginnt mit der Geschichte, Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie, dem Verlauf, der Diagnose, Prognose und Therapie des Kehlkopfkrebses. Unter Anderem wirft Verfasser die Frage auf, ob es nicht schädlich sei, probeweise von der Geschwulst ein Stück behufs mikroskopischer Untersuchung zu exstirpiren; er kommt zu dem Schlusse, dass diese Operation erlaubt sei, wenn auch zuweilen auf den Eingriff ein rascheres Wachsthum der Geschwulst folge; die Differentialdiagnose sei oft ausserordentlich schwierig, zumal auch die mikroskopische Untersuchung im Stiche lasse oder gar das Bild einer gutartigen Geschwulst vortäusche. Die Therapie des Kehlkopfkrebses ist seit 1888 in ein ganz neues Stadium getreten. S. bespricht dann die Indicationen und Gegenindicationen der Tracheotomie, der endolaryngealen Entfernung, der Laryngofissur, der Pharyngotomia subhyoidea, der partiellen und Totalexstirpation. Hinsichtlich der Thyreotomie erwähnt Sendziak, dass sie möglicherweise eine hervorragende Stelle in den therapeutischen Methoden einnehmen werde. Wie Semon in einer Besprechung des Sendziak'schen Werkes erwähnt hat, ist die Thyreotomie in England bereits als die relativ beste Methode anerkannt, denn sie gibt sehr gute Resultate und hat eine geringe Mortalität. Freilich hängt die Therapie im Einzelfalle von dem Stadium ab, in welchem sich die Krankheit befindet; je früher die Diagnose gestellt wird, umso schonendere Methoden können in Anwendung gebracht werden.

Der zweite Theil handelt von dem Sarkom, das viel seltener ist und eine bessere Prognose gibt als das Carcinom. Die relativ besten Resultate gibt die Thyreotomie. Das an Einzelheiten äusserst reiche Werk kann Jedem, der sich für das so wichtige Thema interessirt, bestens empfohlen werden. Schech.

Dr. Pagel: Die Entwicklung der Medicin in Berlin von den ältesten Zeiten bis auf die Gegenwart. Berlin, 1897. Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Als Festgabe für die Mitglieder und Theilnehmer des 15. Congresses für innere Medicin, der heuer in Berlin stattfand, erschien die vorliegende historische Studie von dem Privatdocenten der Geschichte der Medicin, Dr. Pagel. Sie ist auf Anregung von Prof. v. Leyden abgefasst und bietet eine übersichtliche und gut geschriebene Darstellung des Entwicklungsganges, welchen die Naturwissenschaften in Berlin genommen haben. Die Lectüre der Schrift, welche mit 7 Porträts berühmter Berliner Aerzte und Forscher geschmückt ist, bietet für Jeden, den die Entwicklungsgeschichte der Wissenschaften interessirt, einen höchst interessanten Einblick in die Etappen, welche die Medicin nicht nur in Berlin, sondern der Hauptsache nach auch im übrigen Deutschland gemacht hat. Welch' ein gewaltiger Schritt menschlicher Erkenntniss von den Zeiten des Leonhard Thurneisser zum Thurn, dem «bekannten Abenteurer vom reinsten, vielmehr unreinsten Wasser, dem Paracelsisten jener schlechteren Sorte, die ihrem Meister keine Ehre bereitete», bis hinauf zu Johannes Müller und Hermann v. Helmholtz! Aus der Zeit dazwischen brauchen wir nur einige Namen zu hören: Traube, Schönlein, v. Humboldt, v. Langenbeck, Frerichs, Gräfe, um uns an die unsterblichen Verdienste zu erinnern, welche die Medicin Berliner Gelehrten verdankt. An der Befreiung der Heilkunde aus den Fesseln der Metaphysik und naturphilosophischer Speculation hat speciell die Berliner Schule den hervorragendsten Antheil und wir begreifen im Hinblicke auf die glänzende Stellung, welche die Berliner Universität heute einnimmt, es vollkommen, wenn der Verfasser des Buches, am Schlusse Alles Geleistete froh überblickend, in den Jubelruf ausbricht: «O Berlin, es ist eine Lust in dir zu leben!»

Sicher haben wir allen Grund, an dem Gefühle des Stolzes, der dem Verfasser diesen Ausruf dictirte, theilzunehmen und uns an der Hand des Pagel'schen Buches des hohen Standes deutscher Wissenschaft zu freuen. Dr. Grassmann-München.

Dr. O. **Roth: Klinische Terminologie.** Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage von Dr. H. **Gessler** in Stuttgart. Verlag von A. Georgi, Leipzig 1897.

Seit 1878 ist nun die 5. Auflage von Roth's klinischer Terminologie erschienen. In Folge des Umstandes, dass in den letzten Jahren wieder eine wahre Hochfluth neuer technischer Ausdrücke geschaffen wurde, zum grössten Theil durch neue Thatsachen und Methoden benöthigt, zum kleineren Theil auch in ein oft ephemeres Dasein gerufen durch den Erfindungsdrang jener Väter von Missbildungen sprachlicher Art, von welch' letzteren Hyrtl treffend sagt, dass sie ausser von ihren Erfindern von Niemand gebraucht würden, musste wiederum eine Vermehrung des Inhaltes des bekannten vorzüglichen, mit der Zeit fortschreitenden Werkes eintreten. Auch dadurch hat das Buch, dessen Anblick mir jederzeit wie ein Monument unserer Lücken aus der humanistischen Vorbildung erscheint, eine wichtige Bereicherung erfahren, dass eine grosse Anzahl französischer und englischer Technicismen Aufnahme fanden, die den neuesten grossen Lehrbüchern in den betreffenden Sprachen entnommen sind. Der etymologische Theil des Werkes hat durch Dr. Zimmerer in München eine durchaus sachverständige und sorgfältige Durchsicht resp. Bearbeitung erfahren, aus dessen sprachlicher Einleitung zu der Terminologie so recht ersichtlich ist, welche Fülle philologischer und sprachlicher Feinheiten — und Verballhornungen in unserer medicinischen Nomenclatur steckt, wenn man sie mit dem Auge des Fachmannes betrachtet.

Möge die Terminologia clinica immer ausgedehnter dazu dienen, den Arzt die Sprache seiner Wissenschaft correct gebrauchen zu lehren, was nach den Worten R. Virchow's das erste Zeichen eines wissenschaftlichen Mannes ist!

Dr. Grassmann-München.

v. Michel: Klinischer Leitfaden der Augenheilkunde. Zweite vermehrte Auflage. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Preis 6 Mk.

Diese zweite rasch erschienene Auflage hat alle schon für die erste angeführten Vorzüge, von denen besonders der zu erwähnen ist, dass es unter steter Berücksichtigung der Beziehungen zum Gesammtorganismus eine vollständige Uebersicht über die ganze Augenheilkunde gibt. Systematische Anordnung und eine auch typographisch leicht übersichtlich gemachte Eintheilung machen es zudem zu einem vortrefflichen Nachschlagebuch nicht nur für den Studirenden, sondern auch für den erfahrenen Ophthalmologen. Dass die Ergebnisse neuerer Untersuchungen und Beobachtungen lückenlos in der neuen Auflage Aufnahme fanden, braucht wohl kaum erwähnt zu werden, doch soll als von besonderem Interesse hervorgehoben werden die Darstellung des Ganglion ciliare als eines sympathischen und der Zusammensetzung der Netzhautschichten nach Ramon y Cajal. Auch das Zusstandekommen einer Contactwirkung, durch welche nach den Anschauungen dieses Forschers

eine Erregung der Netzhaut durch den Sehnerven zum Gehirn fortgeleitet wird, ist kurz skizzirt.

Die anatomische Auffassung einer totalen Sehnervenkreuzung hat Verfasser wieder mit grösserer Entschiedenheit aufgenommen, ohne jedoch für die derselben widersprechenden klinischen Thatsachen, wie z. B. die homonyme Hemianopsie, eine Erklärung zu geben. Ganz vortrefflich und klarstellend ist die Kennzeichnung der verschiedenen Sichelformen bei Achsenmyopie. Bezüglich der Entfernung der Linse bei hochgradiger Kurzsichtigkeit nach Fukala verhält sich Verfasser noch ziemlich reservirt, die Annahme einer Ophthalmia migratoria durch Ueberleitung einer Infection von dem verletzten Auge auf der Bahn des einen Sehnerven durch das Chiasma auf den andern und somit auf das gesunde Auge betrachtet M. gewiss mit Recht als hinfällig.

Noch Manches wäre anzufügen, was Verfasser kritisch beleuchtet oder als neue Thatsache feststellt, es verbietet das aber der hier gesteckte Raum, nur das muss noch hervorgehoben werden, dass in keinem anderen Buche alles Wissenswerthe in so knapper und doch völlig klarstellender Weise sich vereinigt findet.

Seggel.

Stilling: Grundzüge der Augenheilkunde. Wien und Leipzig 1897. Urban und Schwarzenberg. Preis 10 M.

Das vorzüglich ausgestattete und mit sehr gewandter Dialektik geschriebene Werk zeigt im Allgemeinen die Anlage eines Lehrbuches, doch tritt vielfach die Absicht des Verfassers zu Tage, seine eigenen zum Theil abweichenden Anschauungen in einer grösseren Abhandlung gesammelt darzulegen. So fanden wir schon in dem ersten Capitel, welches eine sehr klare Darstellung der Anatomie des Auges und seiner Adnexa enthält, die Zug- und Druckwirkung des Musc. obliquus superior in besonders ausführlicher Weise geschildert, im zweiten Capitel nach der kurz abgehandelten physiologischen eine psychologische Optik auf Grund der Kant-Albrecht Krause'schen Erkenntnisstheorie sehr eingehend entwickelt. Ebenso ist den Anschauungen des Verfassers über den Einfluss des Muskeldruckes auf den Refractionszustand des Auges, speciell die Kurzsichtigkeit, sowie seiner Theorie über die Entstehung des Schielens und über die Ursachen des Glaukoms ein verhältnissmässig breiter Raum gewährt. Nicht unwichtige andere Capitel mussten daher etwas kurz und aphoristisch behandelt werden. Alles aber ist in so geistreicher Weise und mit so bestechender Bestimmtheit besprochen, dass das Buch zu einem sehr genussreichen und auch für den, welchen es lebhaft zum Widerspruch reizt, höchst anregenden Lectüre wird.

Viele praktische Winke und eingestreute treffende Bemerkungen erhöhen noch den Werth des durch Originalität ausgezeichneten Buches, und kann dasselbe Allen, welche sich eingehender mit der Augenheilkunde beschäftigen, sehr empfohlen werden.

Seggel.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. 32. Band. 5. u. 6. Heft.

22) P. M. Popoff-Moskau: **Ueber Magenkatarrh.**

Nach einleitenden Bemerkungen über die einschlägige Literatur beschreibt der Verfasser seine Versuche, künstliche Entzündungen der Magenschleimhaut hervorzurufen. Verfasser brachte seinen Hunden als Reizmittel Phosphor, Brechweinstein, Sublimat, Ol. Crotonis und Alkohol mit Wasser verdünnt, oder 85—90 proc. bei. Die erbrochenen Massen, sowie der bei der Autopsie gefundene Mageninhalt wurden auf HCl, Pepton und auf ihre peptische Kraft untersucht, ferner wurde die Magenschleimhaut histologisch untersucht. Die Versuche dauerten 2—32 Tage. Die Resultate sind folgende: Das Deckepithel nimmt an dem entzündlichen Process nur wenig theil, selbst bei den intensivsten Entzündungen sind nur wenig degenerative Metamorphosen der Zellen zu sehen, dagegen viele Karyokinesen und vermehrte Schleimbildung. Im Drüsenepithel sind ebenfalls zahlreiche Kerntheilungen, besonders in den Belegzellen zu sehen; bei starker Reizung treten Vacuolen in den Belegzellen auf, sowie fettige Degeneration der Hauptzellen, welche dann die von Nussbaum beschriebenen keil- oder pyramidenförmigen, durch Härtung in Flemming'scher Flüssigkeit schwarz sich färbenden Zellen darstellen. Im interstitiellen und submucösen Bindegewebe sind starke Hyperaemie, entzündliche Infiltration und Extravasate, welche bis zur Bildung von mikroskopischen Abscessen und Oedemen führen können, zu beobachten. Im Ganzen kann man 2 Formen unterscheiden, die parenchymatöse Form, bei welcher hauptsächlich die Drüsenelemente im Zustand der Reizung sich befinden und bei welcher Hypersecretion mit Hyperacidität zu beobachten ist, und die interstitielle, bei welcher der auch bei der parenchymatösen Form nachweisbare entzündliche Vorgang im interstitiellen Gewebe zu prävaliren anfängt und zur schleimigen Metamorphose, zur Atrophie der Drüsenelemente mit Herabsetzung der Secretion und Hyp- oder Anacidität führt. Es kommt demnach beim Magenkatarrh auch Hypersecretion und Hyperacidität vor, und diese Form der Gastritis ist als die parenchymatöse zu bezeichnen.

23) W. Janowski: **Ein Fall von Balantidium coli im Stuhle, nebst einigen Bemerkungen über den Einfluss dieses Parasiten auf Störungen im Darmcanal.** (Aus dem Kindlein Jesu-Hospital in Warschau.)

Bei einem 48jährigen Manne, welcher mehrere Monate an einer durch die verschiedensten Mittel nicht zu beseitigenden Diarrhoe litt, fand Verfasser in den Ausleerungen ungeheure Mengen von Balantidien neben ziemlich starker Eiterbeimengung. Durch Chininklystiere, je 1,0 Chinin. sulfur. täglich, und Chininpulver à 1,0, 3 mal täglich 5 Tage lang, wurden die Balantidien und die Eiterbeimengungen zum Verschwinden gebracht, die Zahl der Stühle auf 3—4 reducirt und die Consistenz derselben breiig. Von den 55 bisher beschriebenen Fällen von Balantidien stammen die meisten aus Skandinavien und Russland. In vielen Fällen ist die Uebertragung auf den Menschen vom Schwein, welches sehr häufig Balantidien beherbergt, erfolgt. Wenn die Balantidien auch nicht immer Diarrhoen veranlassen, so können doch, wie der Fall des Verfassers beweist, dadurch Diarrhoen sehr hartnäckig und lange dauernd werden, so dass die Abtreibung der Parasiten durch Chinin, oder wie Loesch empfiehlt, durch 1‰ Salicylsäureklystiere angezeigt erscheint.

24) M. Levy-Dorn: **Experimentelle Untersuchungen über Rippenathmung und Anwendung von Pflastern am Thorax.** (Aus dem physiol. Institut in Berlin.)

Verfasser registrirte die respiratorischen Excursionen des Thorax durch einen dem Fick'schen Pneumographen nachgebildeten Apparat und fand, dass erst eine Beklebung sehr grosser Gebiete mit Heftpflaster deutliche Verminderung der Excursionen erkennen lässt, dass die Behinderung derselben auch auf der intacten Seite sich zeigt. Bei Verbänden mit starrem Material, wie mit Pappe oder Guttaperchaplatten zeigt die Bedeckung viel kleinerer Gebiete schon deutliche Beeinträchtigungen der Athembewegungen, doch können auch nach Anlegung eines Gipsverbandes um den ganzen Thorax noch ziemlich grosse Excursionen durch den Gipsverband hindurch registrirt werden.

25) J. Sjögvist-Stockholm: **Einige Bemerkungen über Salzsäurebestimmungen im Mageninhalt.**

Um die bei der alten Methode vorhandene Schwierigkeit, die Erkennung der Endreaction bei der Titrirung, zu umgehen, gibt Verfasser folgende Modification an. Der mit Baryumcarbonat versetzte, nicht filtrirte Mageninhalt wird getrocknet und verascht, die Asche mit wenig kochendem Wasser extrahirt, das Filtrat davon mit Ammonacetat und Essigsäure versetzt, gekocht und dann mit Ammoniumchromat gefällt, der Niederschlag auf einem Filter gesammelt und ausgewaschen, dann der Niederschlag mit Salzsäure gelöst, Jodkaliumlösung und Salzsäure zugesetzt, und das gebildete Jod mit Natriumhyposulfitlösung unter Anwendung von Stärkekleister als Indicator titrirt. Die Ungenauigkeit der Baryt-Methode bei Anwesenheit von Phosphaten, wie Leo behauptet, fällt nach den Untersuchungen des Verfassers innerhalb der Fehlergrenzen überhaupt. Von den verschiedenen anderen Methoden liefert die von Martius und Lüttke zu hohe Werthe; die von Hoffmann bestimmt nur die freie Salzsäure, während die Baryt-Methode die Gesammtsalzsäure ermittelt und am ehesten noch die Forderungen der Exactheit erfüllt.

26) P. Jakob: **Ueber die Schutzkraft der Leukocyten.** (Aus der Klinik v. Leyden's in Berlin.)

Verfasser erzeugte durch Injection von Protalbumose bei Kaninchen die verschiedenen Stadien der Hypo- und Hyperleukocytose und entnahm aus der Carotis in den jeweiligen Stadien Blut. Von einem Theil dieses Blutes wurde Serum zu Injectionen gewonnen, ein zweiter Theil sofort zu subcutaner Injection verwendet und der Rest mit Sodalösung und Chloroform versetzt, das Filtrat wieder mit Chloroform versetzt und zu Injectionen verwendet. Die Injectionen wurden an Kaninchen gemacht, welche nachher mit sehr virulenten Pneumococcenculturen inficirt wurden, dabei zeigte sich, dass die Injectionen mit den Auszügen bedeutend grössere Schutzwirkungen ausübten, als diejenigen mit dem Blut und noch vielmehr als jene mit dem Serum. Die Auszüge von hyperleukocytotischem Blut und dieses selbst erwiesen sich am wirksamsten; bei den Seruminjectionen war kein Unterschied zwischen hypoleukocytotischem und hyperleukocytotischem zu constatiren. Nur das von Thieren, bei welchen die Leukocytoseerscheinungen völlig abgeklungen waren, gewonnene Serum zeigte einen günstigen Einfluss auf den Infectionsverlauf. Aus den Versuchen schliesst Verfasser, dass die bactericiden Stoffe des Blutes an die lebenden Leukocyten gebunden sind, d. h. von diesen secernirt werden, und glaubt aus den Erfolgen der Serumtherapie folgern zu können, dass erst durch das Zusammentreten der von den Leukocyten secernirten Stoffe und des von den Bacterien gelieferten Toxins das wirksame Antitoxin entsteht, welches die Bacterien dann vernichtet, dass endlich die Leukocyten noch die todten Bacterien als Phagocyten in sich aufnehmen.

27) Kühnau und F. Weiss: **Weitere Mittheilungen zur Kenntniss der Harnsäureausscheidung bei Leukocytose und Hypoleukocytose, sowie zur Pathologie der Leukaemie.** (Aus der med. Klinik von Kast in Breslau.)

Die von den Verf. angestellten Untersuchungen waren folgende: Bei einem Phthisiker stieg nach Tuberculineinspritzung stets parallel der Leukocytenzahl die Ausscheidung der Harnsäure und Xanthinbasen, während bei einem anderen Phthisiker auf Tuberculin keine Leukocytose und keine Vermehrung der Harnsäureausscheidung sich zeigte; bei einem an Myodegeneration leidenden Patienten war im Anschluss an Incisionen in die oedematösen Unterschenkel eine Infection mit Pyocyaneus erfolgt und entsprechend der starken Leukocytose war auch die Harnsäureausscheidung stark vermehrt. Bei 3 an Pseudoleukaemie Leidenden waren die durch Pilocarpininjectionen bewirkten Leukocytosen ebenfalls von einer Harnsäuresteigerung gefolgt, dabei ging bei dem 3. Patienten nach einigen Pilocarpininjectionen die Pseudoleukaemie in eine rapid verlaufende echte lymphatische Leukaemie über. Bei 3 Typhen war entsprechend der Hypoleukocytose die Harnsäureausscheidung vermindert, ebenso bei 3 weiteren Patienten, von denen 2 an haemorrhagischer Diathese und 1 an einer essentiellen Anaemie unbekannter Herkunft litten.

28) M. Grassmann: **Ueber die Aenderungen der Herzarbeit durch centrale Reizung von Nerven.** Fortsetzung. (Aus dem von Basch'schen Laboratorium in Wien).

Verfasser stellte ferner folgende Versuche an: Centrale Reizung des Ischiadicus bei intacten, präparirten oder durchschnittenen Herznerven, bei geöffnetem Thorax und nach Durchschneidung der Splanchnici; ferner centrale Reizung des Trigeminus, Glossopharyngeus, d. Nn. hypogastrici, d. Nn. erigentes, centrale und periphere Reizung des Splanchnicus, centrale Reizung des Facialis, Accessorius, Recurrens laryng. und Opticus, des Phrenicus und des Sympathicus, des N. accelerans, des Laryngeus superior, Reizung der Nasenschleimhaut, endlich centrale Reizung der Vagi. Die Resultate waren folgende: Die Verbesserung des Herzzustandes unter Erhöhung des arteriellen Druckes ist der reguläre Vorgang bei centraler Reizung der Armnerven, des Ischiadicus, des Trigeminus, Glossopharyngeus, der Hypogastrici, Erigentes, des Splanchnicus; eine Verschlechterung der Herzarbeit bei Reizung des N. laryngeus superior, der Nasenschleimhaut, des Phrenicus und Sympathicus, minimalen Effect hat die centrale Reizung des Facialis, vollständig ohne Effect ist die Reizung des Accessorius, des Laryngeus inferior und des Opticus. Der Effect der Reizung des Vagus und des Accelerans ist sehr schwankend. Zur Erklärung dieser Verhältnisse ist ausser dem verschlechternden Einfluss des Vagus und dem verbessernden des Accelerans noch heranzuziehen der Einfluss einer veränderten Erregbarkeit der Reflexapparate, so dass bei Reizung ein und derselben Nerven der Reflex einmal auf den Vagus, das anderemal auf den Accelerans geleitet wird, ferner die Vermittlung durch einen im Herzen selbst gelegenen Reflexapparat, wonach bei erhöhter Wandspannung bald die Herzarbeit verbessert, bald verschlechtert wird. Die Ergebnisse werfen auch ein Licht auf die Erscheinungen von Dyspnoe, Schwindel und Ohnmacht von Shock, welche bei starken sensiblen Reizen klinisch zu beobachten sind.

29) M. Jacoby: **Ueber die Ausscheidung der stickstoffhaltigen Harnbestandtheile beim Diabetes mellitus.** (Aus der Klinik Gerhardt's in Berlin.)

Die vom Verfasser an 6 Diabetikern der verschiedensten Art angestellten Untersuchungen ergaben: Die Menge der ausgeschiedenen Alloxurkörper, speciell der Harnsäure, ist eine ziemlich hohe, wenn auch individuell sehr schwankende. Durch Pankreatintabletten, welche bei einem Fall zur Anwendung gelangten, konnte keine Aenderung der Harnsäure-, der Alloxurkörper-, der Zuckerausscheidung bewirkt werden, während die linksdrehenden Substanzen und das Ammoniak sich verminderten.

30) W. Filehne: **Das Pyramidon.**

Das Pyramidon, welches sich vom Antipyrin durch Einführung der Gruppe $N(CH_3)_2$ ableitet, ist weiss, krystallinisch, in Wasser löslich, geschmacklos. Bei Fröschen macht es in viel kleineren Dosen schon als das Antipyrin anfänglich Betäubung, Reflexherabsetzung, hierauf Steigerung der Reflexerregbarkeit bis zu allgemeinen Krämpfen, welchen ein Stadium allgemeiner Lähmung folgt. Kaninchen verhalten sich ebenso. Die Beobachtung im Calorimeter ergab ferner, dass bei normalen Fieberfreien die Temperatur constant bleibt durch gleichzeitige Erhöhung der Wärmeabgabe und der Wärmeproduction, während beim Fieber die Wärmeabgabe durch das Pyramidon gesteigert, die Wärmeproduction aber bedeutend herabgesetzt wird. Beim Menschen zeigte sich, dass die temperaturerniedrigende Wirkung eine allmählichere und leichter abstufbare ist als beim Antipyrin und dass die schmerzstillende Wirkung eine völlig zuverlässige ist. Lindemann-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1897. No. 34.

A. E. Taylor: Beiträge zur Verwerthung der Krüger-Wulff'schen Methode zur Bestimmung der Alloxurkörper im Harn. (Aus dem Pepper laboratory of clinical medecine, university of Pennsylvania, Philadelphia, U. S. A.).

Durch genaue vergleichende Untersuchungen ist der Verfasser zu der Ansicht gekommen, dass in dem jetzigen Verfahren die Krüger-Wulff'sche Kupferoxydulmethode zu hohe Werthe liefert, und zwar nicht constant, sondern inconstant.

W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie. 1897, No. 34.

1) Binder-Plauen i/V.: **Haematom der äusseren Genitalien.**

Verfasser beschreibt ein Haematom des rechten Labium und der ganzen rechten Scheidenwand, das auf einen Bluterguss in das Gewebe des rechten Gesässes folgte, bei einer 39jährigen, nicht graviden Potatrix. Dasselbe entstand, als Patientin eine Wanne mit etwa 3 Eimern Wasser von einem Stuhl auf den Boden hob, eine körperliche Anstrengung, die nach des Verfassers Ansicht nicht über das Maass der gewöhnlichen Arbeit der Frau hinausging. Die Resorption des sehr schmerzhaften Blutergusses erfolgte in 14 Tagen. Derartige Beobachtungen sind selten. Aetiologisch werden Gefässveränderungen in Folge Alkoholmissbrauchs in Rechnung gezogen.

2) Hans Meyer-Zürich: **Ein Fall von vollständigem Verschluss des Genitalschlauches in der Schwangerschaft.**

M. fand bei einer IV. Para am normalen Ende der Schwangerschaft einen völligen Verschluss des Cervicalcanals durch eine glatt gespannte, 2 mm dicke, überall gleichmässige Gewebsschicht, die dem vorliegenden Kopfe dicht anlag. Auffallende Verkürzung der Scheide. Fehlender Muttermund. Nach ausgiebiger Incision der Strictur wurde das Kind mit Forceps lebend entwickelt. Die verschliessende Membran bestand aus 2 Lamellen, deren innere aus dem Cervicalcanal hervorgegangen war, während die äussere die Beschaffenheit von alten Pseudomembranen zeigte. Der Verschluss war demnach der Effect einer Vaginitis adhaesiva.

Werner-Hamburg.

Virchow's Archiv. 148. Band. Heft 1.

1) Schneider: **Untersuchungen über die Salzsäuresecretion und Resorptionstüchtigkeit der Magenschleimhaut bei den verschiedenen Magenkrankheiten und anderweitigen Krankheitszuständen.** (Aus der med. Klinik von Prof. Dr. Eichhorst in Zürich.) (Schluss folgt.)

2) Koslowsky-Smjela (Russland): **Ein Fall von Hodensackteratom.**

Ein pflaumengrosses, angeborenes Teratom, das Verfasser aus dem Hodensack eines 2jährigen Knaben entfernte. Dasselbe bestand aus multiplen Cysten, die aus Derivaten aller drei Keimblätter zusammengesetzt waren.

3) Schmidt-Strassburg: **Ueber Secretionsvorgänge in Krebsen der Schilddrüse und der Leber und ihren Metastasen.**

Die Untersuchungen des Verfassers betrafen das Lebercarcinom und Schilddrüsencarcinom. In beiden Fällen constatirte Verfasser Secretion von Galle resp. Colloïd in der Neubildung. Doch auch in der secundären Wucherung kann die secretorische Fähigkeit des Mutterbodens erhalten sein; jedoch nur dann, wenn sich die Metastasen in ihrem Baue eng an den des Mutterbodens anschliessen. Der primäre Tumor bietet meist den Bau des Adenocarcinoms, der secundäre den des alveolären Carcinoms.

4) Prym: **Zur Casuistik der gutartigen, centralen Epithelialgeschwülste der Kieferknochen.** (Aus dem pathologischen Institute Greifswald.)

Eine central im Kiefer entstandene faustgrosse epitheliale Geschwulst von gutartigem Charakter, die sich weiterhin zu einem multiloculären Kystom entwickelte. Als Ursache sind Irritationen seitens der Zähne anzusehen.

5) Hermanides-Geldermalsen: **Syphilis und Tabes.**

Verfasser erörtert die Frage, ob Luës die Haupt- resp. einzige Ursache der Tabes ist oder nicht. Seine Statistik zeigt unzweifelhaft, dass unter den Tabischen mehr Syphilis gefunden wird, als unter den Nichttabischen desselben Alters. Die Annahme, sexuelle Excesse seien eine essentielle Ursache der Tabes und Syphilis sei nur nebensächliche Folge, ist vom statistischen Gesichtspunkte aus nicht wahrscheinlich. Möglicherweise spielt die Gonorrhoe eine grosse Rolle in der Aetiologie der Tabes.

6) Tschistowitsch-St. Petersburg: **Zur Frage von der angeborenen Rachitis.** (Schluss folgt.)

7) **Kleinere Mittheilungen.**

1. Gurlt-Berlin: **Medicinisch-naturwissenschaftlicher Nekrolog des Jahres 1896.**

2. Grawitz-Greifswald: **Ueber Conservirung anatomischer Präparate mit Erhaltung der natürlichen Farben.**

3. **Die III. Section (Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie) des XII. internationalen medicinischen Congresses zu Moskau.** (Briefliche Mittheilung.)

148. Bd., Heft 2.

8) Tschistowitsch-St. Petersburg: **Zur Frage von der angeborenen Rachitis.**

Verfasser bekämpft die von Kassowitz aufgestellte Theorie, dass die Rachitis angeboren und ungünstige äussere Lebensbedingungen nur ein Factor zur weiteren Entwicklung derselben seien. Bei den von T. auf Rachitis untersuchten Leichen neugeborener Kinder waren sämmtliche Symptome vollkommen ausgesprochen kein Mal vorhanden. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass die Rachitis gewöhnlich nach der Geburt auftritt, jedoch in seltenen Fällen in den letzten Monaten des foetalen Lebens beginnen kann.

9) Donogány: **Die Darstellung des Haemochromogens als Blutreaction mit besonderer Berücksichtigung des Nachweises von Blut im Harn.** (Aus der II. medic. Klinik zu Budapest.)

Die Darstellung gelingt mit Hilfe des Pyridins. Bei Urin ist das Verfahren folgendes: Zu 10 ccm Urin giesst man 1 ccm Schwefelammonium und ebenso viel Pyridin. Die Reduction findet momentan statt und die Flüssigkeit nimmt eine charakteristische orangerothe Farbe an.

10) Schneider: **Untersuchungen über die Salzsäure-Secretion und Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut bei den verschiedenen Magenkrankheiten und anderweitigen Krankheitszuständen.** (Aus der medic. Klinik des Herrn Prof. Eichhorst in Zürich.) Schluss von 148, 1, S. 35.

Die Salzsäure-Secretion im Magen reagirt sehr empfindlich und weit mehr als die Resorption auf alle Magen- und allgemeinen Erkrankungen; doch hat keine Krankheit einen specifischen Einfluss auf die Salzsäure-Secretion und -Resorption. Dabei lässt die wiederholte Prüfung der Magenfunctionen neben anderen Untersuchungsmethoden einen viel tiefer gehenden Status der Krankheit erkennen, als ohne dieselbe. Doch sind ihre Ergebnisse von allen inneren und äusseren Umständen abhängig, und diese daher in jedem Falle in Erwägung zu ziehen.

11) Mordhorst-Wiesbaden: **Zur Entstehung der Uratablagerungen bei Gicht.** Zu kurzem Referate ungeeignet.

12) Eichhorst-Zürich: **Ueber acute Lebercirrhose.**

Ein Fall von hypertrophischer Lebercirrhose, wobei die Erkrankung nur 14 Tage dauerte. Die Bindegewebsentwicklung war sowohl multilobulär als monolobulär. Ursache war Alkoholgenuss.

13) Hansemann-Berlin: **Ueber hyaline Zellen in Magenpolypen.**

Die Zellen fanden sich im submucösen Gewebe der Polypen, bald grösser, bald kleiner; sind jedenfalls aus Bindegewebszellen hervorgegangen und dann hyalin degenerirt. Specifische Eigenschaft fehlt ihnen; sie finden sich auch in der normalen Magenschleimhaut.

14) Hansemann-Berlin: **Ueber die Fettinfiltration der Nierenepithelien.**

Bei der Fettinfiltration der Nieren, die ohne Albuminurie auftritt, sind die Nieren gleichmässig gelbweiss, opak, nicht succulent und die Papillen nicht geröthet. Nach Extraction des Fettes resultiren gesunde Nieren. Fettinfiltration findet sich besonders beim Diabetes mellitus, bei Polysarcyl und einigen Vergiftungen, wie Phosphor, Sublimat, Arsenik.

15) Ebstein und Nicolaier-Göttingen: **Ueber die Wirkung der Oxalsäure und einiger ihrer Derivate auf die Nieren.**

Die früheren Beobachtungen beider Verfasser, dass Oxalsäure und Oxamid meist Schrumpfnieren erzeugen, werden durch ihre jetzigen Versuche nicht voll bestätigt. Nur bei 3 älteren Hunden fanden sich nach der Fütterung mit Oxalsäure und Oxamid Schrumpfnieren, während dies bei den anderen, namentlich jüngeren Versuchsthieren ohne Einfluss blieb.

16) Storch-Breslau: **Ueber den anatomischen Befund bei einem für Deutschland endogenen Fall von Lepra tuberosa. Zugleich ein Beitrag zur Frage nach den Beziehungen zwischen Aussatz und Tuberculose.**

Differentialdiagnostisch zwischen Lepra und Tuberculose ist Folgendes zu verwerthen: Der Bacillus leprae findet sich in Lepromen vor Allem intracellulär; die bacillenhaltige «Leprazelle» Virchow's kommt in allen sicher leprösen Herden, aber nur in diesen vor. Dagegen ist der tuberculösen Riesenzelle und Verkäsung differentialdiagnostisch ein absoluter Werth nicht beizulegen.

17) Browicz-Krakau: **Ueber die Dissociation der Leberläppchen.**

Die Dissociation besteht in einer Lockerung des Gewebselementverbandes, so dass schliesslich die einzelnen Zellen gesondert liegen. Dieselbe ist Folge von Invasion pathogener Mikroben und der Ausdruck schwerer Ernährungsstörungen. Durch die Dissociation wird die Leistungsfähigkeit der Leber stark herabgesetzt resp. vernichtet.

18) Hanke-Wien: **Beitrag zur Kenntniss der Hautgeschwülste. Peritheliom des Lides bei Xeroderma pigmentosum.**

Erbsengrosser Tumor am unteren Augenlid bei gleichzeitigem Xeroderma pigmentosum. Derselbe ist entstanden aus den Gefässwandzellen, und ist daher den Peritheliomen zuzuzählen. Die Entwicklung scheint von den Telangiektasien des Xeroderma ausgegangen zu sein.

19) Naegeli-Zürich: **Die Combination von Tuberculose und Carcinom.**

Combination von Tuberculose und Krebs ist schon mehrfach beobachtet worden. Bisher wurde meist der Krebs als primäre und die Tuberculose als secundäre Erkrankung angenommen. Verfasser beschreibt 3 Fälle, in denen die Tuberculose die ältere Erkrankung war und erst in das tuberculöse Gewebe die Krebswucherung stattfand.

Burkhardt.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897, No. 35.

1) J. Fibiger-Kopenhagen: **Ueber Bekämpfung von Diphtherie-Epidemien durch Isolation der Individuen mit Diphtheriebacillen im Schlunde.** (Fortsetzung folgt.)

2) K. Herxheimer-Frankfurt a. M.: **Ueber Psoriasis-Behandlung.**

H. empfiehlt die directe Einführung grösserer Dosen arseniger Säure in die Blutbahn durch intravenöse Injectionen. Von 25 ausschliesslich mit letzteren behandelten Kranken wurden 10 vollkommen geheilt, 6 gebessert, 9 stehen noch in Behandlung. Die Heilungsdauer betrug im Mittel 48 Tage. Bei 20 so behandelten Kranken sind bisher nur 2mal ganz unbedeutende Nachschübe eingetreten. Ueber den Einfluss der Arsenikinjectionen auf Recidive kann H. zur Zeit noch kein Urtheil aussprechen. Er vertritt den Standpunkt, dass ebenso wie die Luës auch die Psoriasis intermittirend behandelt werden soll.

3) C. Horneffer-Berlin: **Pyramidon (Dimethylamidoantipyrin).**

Nach zahlreichen Versuchen an Kranken bezeichnet Verfasser das Pyramidon als ein prompt wirkendes Antipyreticum und Antineuralgicum, bei Ischias blieb übrigens jede Wirkung aus; der Eintritt des Temperaturabfalles ist wie das Wiederansteigen allmählich, unangenehme Nebenwirkungen fehlten; das Mittel wird lange ohne Schaden ertragen. Dosis 0,2—0,6 g.

4) H. Ruge und W. Hüttner-Berlin: **Ueber Tabes und Aorten-Insufficienz.**

Bei 138 Fällen von Tabes fanden sich in 12 Fällen Herzklappenfehler, in 6,5 Proc. aller Tabesfälle ausgesprochene Aorteninsufficienz. Gelenkrheumatismus war nur in einigen Fällen, aber in den meisten Luës vorausgegangen. Die Verfasser huldigen der Ansicht, dass Tabes und die begleitende Aorteninsufficienz in der Luës ihre gemeinsame Ursache haben. Gerhardt fand auch bei 53 Proc. der Aortenaneurysmen vorausgegangene Luës.

5) Czerny-Heidelberg: **Therapie der krebsigen Stricturen des Oesophagus, des Pylorus und des Rectum.** (Schluss folgt.)

6) H. Stabel-Berlin: **Versuche mit Jodothyrin und Thyraden an thyreoidectomirten Hunden.**

Die ausführliche Arbeit, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, erbringt aus zahlreichen Versuchen den Nachweis, dass weder dem Jodoform noch dem Thyraden die ihnen zugeschriebene lebenserhaltende Wirksamkeit bei thyreoidectomirten Hunden zukommt.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1897, No. 36.

1) E. v. Leyden: **Ueber die Heilquellen, Bäder und Curorte Rumäniens.**

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin, am 12. Juli 1897.

2) Franz Kuhn: **Methodik der Metallspiralsondirung.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Giessen, Director: Prof. Riegel.)

Schluss folgt.

3) Julius Spengler-Davos-Platz: **Ein Beitrag zur Tuberculinbehandlung mit Tuberculin R.**

Verfasser hat im Gegensatz zu den bisherigen Veröffentlichungen über das Tuberculin R. bisher nur gute Resultate und bei vorsichtiger Anwendung ohne jede schlechte Nebenwirkung gesehen. Inwieweit allerdings die guten Resultate mit auf die Rechnung des klimatischen Einflusses kommen, lässt sich nicht abgrenzen. Das Material umfasst 59 Kranke seit Anfang April ds. Js. mit 922 Injectionen von 181 ccm Tuberculin R.

S. schränkt die Koch'schen Bedingungen dahin ein, dass nur völlig fieberfreie Tuberculöse (in recto nicht über 37,5 C.), bei denen durch zuverlässige Untersuchung des gewaschenen Sputums eine active Mischinfection mit Sicherheit auszuschliessen ist, injicirt werden sollen. Auch für die Zahl und Folge der Injectionen, sowie deren Steigerung gibt er eingehende Vorschriften. Bei sehr giftempfindlichen Tuberculösen empfiehlt sich in manchen Fällen eine percutane Application des T. R. durch energisches Einreiben auf die gereinigte Haut. Näheres über die in Davos gesammelten Erfahrungen findet sich in dem von Carl Spengler im Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 15 veröffentlichten Aufsatze und sind weitere Forschungen darüber in Aussicht gestellt. In allen Fällen zeigte sich eine weniger stürmische Reaction, als bei dem alten Tuberculin, eine Herabsetzung des Hustenreizes, Abnahme des Auswurfs und Besserung des objectiven Lungenbefundes. S. macht die Injectionen abweichend von dem gewöhnlichen Verfahren an der Streckseite der Vorderarme.

4) Th. Hitzig: **Ueber das Vorkommen und die Bedeutung einer Pupillendifferenz beim Oesophaguscarcinom.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Zürich, Director: Prof. Eichhorst.)

Während das Auftreten einer Pupillendifferenz bei Mediastinaltumoren gewissermaassen als diagnostisches Zeichen angegeben wird, ist bei der häufigsten Form derselben, dem Oesophaguscarcinom, keine derartige Beobachtung in der Literatur verzeichnet. H. fand nun in 37 Fällen 6mal, also in 17 Proc. der Fälle dieses Symptom, und zwar 5mal eine Verengerung der linken Pupille, 1mal der rechten Pupille, ohne weitere oculopupilläre Symptome und ohne vasomotorische Störungen, 3mal in Verbindung mit Recurrenslähmung.

5) Hermann Kümmell: **Die ideale extraperitoneale Operation der Gallensteine.** (Aus dem allgemeinen Krankenhause in Hamburg.) Fortsetzung aus No. 35, Schluss folgt.

6) Rembold: **Zur Heilwirkung des Tuberculins bei Lungentuberculose.** (Aus dem Marienhospital in Stuttgart.)

R. bringt eine sehr bemerkenswerthe Zusammenstellung seiner mit dem alten Tuberculin erzielten Resultate nach nunmehr sechsjähriger Beobachtung. Von seinen 70 Fällen gehören 27 in die Kategorie der Mischinfectionen, kommen also hier nicht in Betracht, und sind auch alle gestorben; von den 43 Fällen reiner Tuberculose sind 18 gestorben, die weitaus grössere Hälfte lebt, 12 dauernd gebessert und arbeitsfähig, 13 d. h. fast ein Drittel, dauernd geheilt.

7) Oeffentliches Sanitätswesen.

G. H. Doverti: **Die Schwindsuchtsterblichkeit in den schwedischen Städten.**

Statistischer Nachweis der Abnahme der Mortalität und Begründung derselben.

8) Therapeutische Beilage.

a) C. G. Santesson-Stockholm: **Ueber subcutane Chininsalzinjectionen und über den Einfluss des Antipyrins auf Chininum hydrochloricum.**

Die Einführung des Chinins subcutan scheitert bekanntlich an der schweren Löslichkeit desselben in Wasser. Durch Zusatz von Antipyrin nur nach der Laveran'schen Formel (Chinin. mur. 3,0, Antipyrin 2,0, Aq. dest. 6,0) lässt sich leicht eine bis 50 proc. wässerige Chininlösung darstellen, deren Injection vollständig schmerzlos ist. S. weist nun nach, dass in dieser Combination wahrscheinlich eine Umsetzung der Componenten, eine Neubildung eines, Chinopyrin genannten Salzes stattfindet, dessen Wirkung ähnlich, aber nicht äquivalent der des Chinins ist.

6) Z. v. Vamossy: **Ueber Anesin, ein neues Ersatzmittel des Cocaïns.** (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Budapest, Director: Prof. v. Bokay.)

Das völlig ungiftige und reizlose Anesin, die wässerige Lösung des von Willgerodt dargestellten Acetonchloroforms scheint sich nach den von verschiedenen Seiten angestellten Versuchen als Ersatz des Cocaïns, besonders zu subcutaner Anwendung zu empfehlen. Die Wirkung entspricht der einer 2proc. Cocaïnlösung. Die Anaesthesie beschränkt sich auf die infiltrirte Stelle, tritt rasch ein und dauert ebensolang wie beim Cocaïn. Ausser bei Augen- und Kehlkopfoperationen wird es auch mit gleichem Erfolg bei Herniotomien, plastischen Operationen etc. angewandt. F. L.

Wiener klinische Wochenschrift. 1897, Nr. 34.

1) G. Riehl-Leipzig: **Zur Anatomie der Gicht.**

Die genaue mikroskopische Untersuchung frisch excidirter Gichtknoten lieferte dem Verfasser das Ergebniss, dass die Einlagerung von Krystallen harnsaurer Salze in das Gewebe keineswegs — wie Ebstein angibt — eine Nekrose des betroffenen Gewebes voraussetze, sondern in das gesunde Gewebe hinein erfolgt. Die Nekrose im Gichtknoten muss als eine durchaus secundäre Erscheinung betrachtet werden.

2) G. Lotheissen-Innsbruck: **Ein Beitrag zur Tuberculose der Mamma.**

Im Ganzen konnte Verfasser nur 45 genau untersuchte Fälle von primärer Tuberculose der Mamma in der Literatur zusammenstellen. Das Leiden tritt in 2 Formen auf: als umschriebener kalter Abscess innerhalb des Mammagewebes, ferner in Form von grösseren oder kleineren Knoten, die verkäsen, erweichen und zur Bildung cystischer Hohlräume führen. Häufig kommt es zur Fistelbildung. Die Achseldrüsen sind häufig, aber nicht immer miterkrankt. Das vom Verfasser eingehend beschriebene Präparat stammt von einer 20jährigen Nonne, bei der wegen kalten Abscesses und Fistelbildung die Mamma amputirt werden musste. Eine Betheiligung der unter der Drüse liegenden Rippe glaubt Verfasser ausschliessen zu können.

3) A. Zimmermann-Wien: **Zwei Fälle von Pfählungen durch Cavallet-Stangen.**

Die beiden geschilderten Verletzungen erfolgten durch Sturz auf das obere Ende eiserner Stützen an Bettgestellen und gingen in Heilung aus. Der eine Kranke zeigte eine circa 10 cm tiefe Wunde an der rechten Fossa ischio-rectalis, während deren Heilung eine Verletzung der Blase zum Vorschein kam, welche als extraperitoneale Durchquetschung derselben gedeutet wurde. Im 2. Falle kam eine Verletzung wie bei der Pharyngotomia subhyoidea zu Stande mit mehrfacher Fractur des Zungenbeins und Perforirung der rechtsseitigen Schlundkopfwand.

4) H. Nebel-Frankfurt a. M.: **Mittheilungen aus der orthopädischen Praxis.**

Beschreibung und Abbildungen von Vorrichtungen für die Anlegung von Corsettverbänden. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Dr. Grassmann-München.

Italienische Literatur. (Schluss.)

Tomacini: **Die Wirkung des Scopulamin bei Geisteskranken.** (La Riforma med. 1897, No. 12.)

Das Scopulamin hat die Wirkung auf die Pupille, auf Speichel, Schweisssecretion und die motorischen Darmganglien mit dem Atropin gemeinsam. Es unterscheidet sich aber von dem Atropin durch seine Wirkung auf Gehirn und Herz.

Wegen seines beruhigenden Einflusses auf das Centralnervensystem wandte es T. in seiner Irrenheilanstalt längere Zeit hindurch subcutan in der Dosis von $^1/_4$—$^1/_2$—1 mg an, sowohl das bromwasserstoffsaure, als das schwefelsaure Salz.

Er fand, dass es ein gutes Hypnoticum bei Erregungszuständen des Gehirns ist, aber nicht bei der gewöhnlichen Schlaflosigkeit.

Es bringt einen ruhigen Schlaf, welcher dem physiologischen nahe kommt, keinerlei Störungen in anderen Organen, besonders keine Uebelkeit oder dergleichen. Es ist ein ausgezeichnetes Sedativum in maniakalischen Anfällen: doch bedarf es bald Steigerung der Dosis, weil leicht Gewöhnung eintritt.

Auf epileptische Anfälle blieb das Mittel ohne Einfluss.

Buccelli: **Ueber spinale und cerebrale Kinderparalysen in epidemischer Form.** (Il Policlinico, 15. Juni, 1897.)

Ueber die infectiöse Natur der Poliomyelitis anterior infantilis herrscht zur Zeit kaum ein Zweifel mehr. Ueber ein gehäuftes Auftreten dieser Krankheit in bestimmten Jahreszeiten und an einzelnen Orten ist im Laufe der letzten Jahre wiederholt berichtet.

B. führt 17 Fälle von Poliomyelitis und Polioencephalitis an, welche sich in etwas über 4 Monaten in einem engen und in hygienischer Beziehung dürftigsten Quartier von Genua entwickelten. Dieselben sind geeignet, die hauptsächlich von Strümpell vertretene Ansicht zu stützen, dass es sich bei beiden Krankheitsformen um dasselbe infectiöse Agens handelt.

Für diese Ansicht spricht ausserdem die Frequenzcurve der neuropathologischen Abtheilung der Genueser Klinik, welche B. seiner Arbeit hinzugefügt hat, und welche beweist, dass bei beiden Krankheiten die grösste Frequenz für Genua und Umgebung auf die Monate Mai, Juni, Juli und August fällt.

Vitali: **Entstehung und symptomatische Bedeutung des Urobilins im Urin.** (Il Morgagni, April 1897.)

Eine ausführliche, aus der Klinik des Professor Murri in Bologna hervorgegangene Arbeit, deren Bedeutung in dieser noch vielumstrittenen Frage eine Besprechung hier gestatten möge.

V. stellt alles bisher über die Urobilinurie Bekannte zusammen, gibt dann die Resultate seiner Untersuchung über den Urobilin-Gehalt des Blutes, der Ex- und Transsudate, des Urins und der Faeces. Der Nachweis geschieht in erster Linie spektroskopisch, dann aber auch durch alle sonst gebräuchlichen Nachweismethoden. Er ergab in den genannten Substraten recht häufig Urobilin, ein Befund, welcher geeignet sein würde, gegen die nephrogene Theorie der Urobilinerzeugung zu sprechen. Indessen auch keine der andern Theorien ist geeignet, für alle Fälle eine exacte Erklärung zu geben.

V. ist der Ansicht, dass das Urobilin, welches wir im Urin treffen, vom Stercobilin und Chromogen stammt und auf Resorption aus dem Darm beruht

Ist es durch die Vena portae zur Leber geschafft, so ist hier sein Schicksal ein zweifaches:

1. Es wird von Neuem als Urobilin ausgeschieden, um mit der Galle in den Darm zurückzukehren.
2. Es wird in Bilirubin verwandelt.

Dessbalb treffen wir normalerweise im Urin immer nur die geringsten Spuren und noch öfter treffen wir allein das Chromogen, welches vielleicht von der Leber nicht mehr verwandelt wird, sondern intact in den Kreislauf gelangt.

Alle Thatsachen sprechen dafür, dass eine grössere Attraction für das Urobilin seitens der Leberzellen vorhanden ist, als seitens der Zellen der Niere; aber diese Affinität der Leberzellen für das Urobilin ist doch geringer als für das Haemoglobin und Bilirubin, und wenn die Leberzellen mit einem von diesen Pigmenten imprägnirt sind, für welche sie eine grössere Anziehung haben, so verarbeiten sie kein Urobilin, sondern lassen es in den Kreislauf passiren. So wird der Urobilingehalt des Urins bei haemolytischen und ikterischen Zuständen begreiflich.

Die Krankheiten mit Urobilin im Harn kann man in 3 Gruppen theilen:

1. In solche, welche zu einer vermehrten Bildung von Urobilin Veranlassung geben, als Zustände von Blutdissolution, infectiöse, toxische Processe;
2. in solche, welche eine grössere Resorption aus dem Darmcanal hervorrufen, als intestinale Stenosis, Faecalstasis; und
3. in solche mit functioneller oder organischer Veränderung der Leberzelle.

Doch ist ein strictes Auseinanderhalten dieser 3 Momente unmöglich: selten wirkt eines allein, meist 2 oder 3 zusammen.

Aus der klinischen Beobachtung und aus den experimentellen Untersuchungen resultirt in Bezug auf die symptomatische Bedeutung der Urobilinurie Folgendes:

Bei den Krankheitsformen, welche Haemolysis erzeugen, steht der Urobilingehalt des Urins in directem Zusammenhang mit der Intensität der Blutdissolution, vorausgesetzt, dass keine begleitenden Factoren seitens des Darmcanals oder der Leber vorhanden sind. Während des Ikterus durch Verschluss der Gallenwege lässt die constante Anwesenheit von abnormem Urobilin im Urin den vollständigen Verschluss des Ductus choledochus ausschliessen. Die Anwesenheit von Spuren von Urobilin oder von Chromogen schliesst den Verschluss des Choledochus nicht aus.

Das Erscheinen von Urobilin in einem Harn, welcher vorher während des Ikterus kein Urobilin enthielt, ist ein untrügliches Zeichen der Resolution des Ikterus; ebenso die Vermehrung des Urobilin in einem Harn, der während des Ikterus nur eine geringe Menge enthielt.

Wenn die Ursache der Blutdissolution fehlt und ebenso die intestinale Ursache, so spricht die Anwesenheit einer intensiven und constanten Urobilinurie für eine Alteration des Leberparenchyms.

Bei der acuten gelben Leberatrophie und bei der exogenen Intoxication spricht Fehlen oder spärliche Anwesenheit des Urobilin im Harn für die Schwere der Laesion der Leberzelle und für die Verbreitung des Krankheitsprocesses auf die ganze Leber.

Hager-Magdeburg N.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Breslau.** Juli 1897.

10. Loewenstein Joseph: Ueber Erkrankungen der Leber und Milz in Folge von Unterleibscontusionen.
11. Lachmann Sally: Ueber Myome und Fibrome des Dickdarms.
12. Spyra Johannes: Ein Beitrag zur Frage der Behandlung von Gesichts- und Stirnlagen.
13. Wiener Gustav: Beitrag zur Statistik tuberculöser Knochen- und Gelenkleiden nach Trauma.
14. Henle A.: Die Behandlung der tuberculösen Gelenkerkrankungen und der kalten Abscesse in der königlichen chirurgischen Klinik zu Breslau in den Jahren 1890—1896. (Habilitationsschrift.)
15. Mindner Ferdinand: Die individualisirende Methode der Procto Perineoplastik (Küstner), dargestellt im Anschluss an 21 danach operirte Fälle von Damm-Rectum-Spalten.
16. Poleck Erwin: Beiträge zur Desinfectionspraxis.

Universität **Freiburg i. B.** August 1897.

42. Tobias Ernst: Ueber Porencephalie.
43. Walther Karl: Ueber chronische und acute Ependymentzündungen der Grosshirnventrikel.
44. Stark Hans: Ein Beitrag zur Lehre von der Farbenblindheit.
45. v. Wijk Thomas: Historisch-kritische Uebersicht der statischen Schenkelhalsverbiegung (Coxa vara) und Therapie.
46. Finke Joseph: Zur Histologie der Eklampsieplacenta.
47. Pietrkowski Georg: Ueber Sublimatintoxication mit besonderer Berücksichtigung der Darmerscheinungen.
48. Hänsler Georg: Beitrag zur Kenntniss des Gallertkrebses.
49. Freund Richard: Ueber den Ausgang der acuten gelben Leberatrophie in Cirrhose.

Universität **Giessen.** August 1897.

15. Ploch Karl: Ueber das Giessener Dammschutzverfahren.
16. Willerding Josef: Hamburger's Blutkörperchenmethode in ihren Beziehungen zu den Gesetzen des osmotischen Drucks.

Universität **Göttingen.** April bis August 1897.

9. Behr H.: Ueber das Vorkommen von Glycogen in Geschwülsten.
10. Clauditz H.: Zwei Fälle von Carcinoma oesophagi mit Durchbruch in Trachea und Bronchus resp. in das periösophageale Bindegewebe.
11. Engelhardt K.: Ueber die physiologische Wirkung des Trimethylmenthylammoniumchlorids und deren praktische Verwerthung.
12. Evers R.: Ueber antiseptisch wirkende Silberverbindungen.
13. Heile B.: Ueber maligne Geschwülste der Ohrmuschel.
14. Herbrand K.: Echolalie und andere interessante Krankheitserscheinungen bei Paranoia.
15. Köhnke W.: Ueber Chinosol, Kresochin, Nosophen und Antinosin als Desinfectionsmittel.
16. Matte W.: Ueber Meningitis im Kindesalter.
17. Metterhausen B.: Ueber Combination von Krebs und Tuberculose.
18. Meyer G.: Ueber Brucheinklemmung im Kindesalter.
19. Reifenstuhl C. H.: Chorea mit Geistesstörung.
20. Schallehn G.: Die Zuverlässigkeit der Credé'schen Einträufelung.
21. Stahl W.: Ueber die Reposition en bloc der Unterleibsbrüche.
22. Stamm K.: Ein Fall von Cysticercus im 4. Ventrikel, klinisch und anatomisch bearbeitet.
23. Steffen L.: Ueber die Behandlung deform geheilter Knochenbrüche der unteren Extremität.
24. Sülzer O.: Ueber den Desinfectionswerth einiger Kresolpräparate.
25. Volger H.: Die «Stückchen-Diagnosen» des pathologischen Instituts in Göttingen. Vom 1. April 1878 bis 20. Januar 1897.

Universität **Greifswald.** Juli 1897.

55. Hauptmann Hermann: Ein Fall von progressiver traumatischer Lähmung des III.—VII. Hirnnerven.
56. Langheld Josef: Ueber zwei Fälle von Gangraen.
57. Mebert Ernst: Zur Kenntniss der Wirkung des Dijodacetylen.
58. Wiecheil Gustav: Aetiologie der haemorrhagischen Diathese mit besonderer Berücksichtigung derselben bei Lungentuberculose.
59. Moeller Gottfried: Zur Casuistik der Knochenerkrankungen nach Typhus abdominalis.
60. Dau C. Fr.: Schnellendes Knie, eine besondere Form des dérangement interne.
61. Blameuser Michael: Casuistischer Beitrag zur Kenntniss von den nach Nekrose an der Diaphyse auftretenden Störungen im Längenwachsthum.
62. Kölpin Otto: Ein Fall von Fibroma molluscum multiplex mit Elephantiasis im Bereich des rechten Armes.
63. Grünig Oswald: Ein Fall von Echinococcus im Netz, beobachtet in der Greifswalder gynäkologischen Klinik.
64. Witte Friedrich: Ein Fall von tuberculöser Darmstenose.
65. Hübner Otto: Ueber Behandlung von deform geheilten Fracturen mit besonderer Berücksichtigung von 4 Fällen aus der Greifswalder chirurgischen Klinik.
66. Heilmann Carl: Ueber Bildung der Gallerte im Carcinoma gelatinosum.
67. Frey Peter: Ueber das Cervixfibromyom, insbesondere über einen in der hiesigen Frauenklinik beobachteten Fall von Fibromyom der vorderen Muttermundslippe.
68. Rottler Ludwig August: Ueber Pes varo-equinus paralyticus nach Verletzung des N. ischiadicus am Oberschenkel.
69. Szulc Michael: Ein Beitrag zur Casuistik der Atresia vaginae membranacea.
70. Lorenz Arthur: Einige Fälle von Favus mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Favus scrotalis.
71. Bleisch Johannes: Casuistisches über Carcinoma Penis unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Stauungserscheinungen in den Harnwegen.
72. Schütze Albert: Zur Casuistik der osteomyelitischen Nekrose an der Epiphyse langer Röhrenknochen.

Universität **Kiel.** Juli 1897.

29. Rosenbaum Ernst: Die in der Kieler Frauenklinik in dem Zeitraum von 1885—1895 bei Beckenenge unter Kunsthilfe beendeten Geburten.
30. Friedrich Max: Ueber die dauernde Heilung der Retroflexio uteri durch Pessarbehandlung.
31. Grisstede Ernst: Ein Fall von Abscedirung bei crupöser Pneumonie.
32. Mansfeld Alfred: Ueber Chorea minor.
33. Polano Oscar: Ueber isolirte Chorioidealrupturen.
34. Sievers Friedrich: Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Triacetonamincyanhydrin.
35. Wortmann Franz: Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Cyansilbercyankalium.
36. Krawietz Franz: Ueber die Aetiologie der Meningitis.

Vereins- und Congressberichte.

XII. internationaler medicinischer Congress

in Moskau vom 19.—26. August 1897.

II.

Section für innere Medicin.

Ref. Albu-Berlin.

3. Sitzung am 21. August Vormittags.

1) **v. Ziemssen-München: Klimatische Behandlung der Tuberculösen.**

In der Therapie der Phthisis muss man unterscheiden 1. die specifische Behandlung, 2. die Freiluftbehandlung. Was erstere anlangt, so hat Ziemssen mit dem neuen Tuberculin Koch's wenig befriedigende Resultate erzielt, einzelne Fälle schienen sich zu bessern, allerdings nur vorübergehend, andere blieben ganz unbeeinflusst. Es wurde streng nach Koch's Vorschriften verfahren. Das Präparat ist sehr unrein, enthält Sporen- und Spaltpilze und macht heftige locale Reactionen. Nur bei Lupus hat Ziemssen einen Fall temporärer Heilung gesehen. Es ist höchst unwahrscheinlich, dass wir auf diesem Wege zum Ziel kommen. Das Haschen nach einem Specificum scheitert der Phthise gegenüber an der Misslichkeit der Structur der Lungen und den secundären Bacterieninvasionen, von denen ein grosser Theil der klinischen Erscheinungen abhängt. Nur ganz specielle Formen der Tuberculose, wie z. B. der Lupus, werden für eine specifische Behandlung geeignet sein. Für die klimatische Behandlung kommen die Höhe und die Ebene in Betracht. Gemeinsam ist beiden die Einathmung reiner Luft. Eigenschaften der ersteren sind: Keim- und Staubfreiheit, grösserer Ozongehalt, verminderter Luftdruck, geringere Luftbewegungen, daher weniger Wind und Zug und stärkere Kraft der Sonnenstrahlen. Indessen steht es noch nicht fest, ob diese Eigenschaften auch Vorzüge sind. Wiegen sie auch die unzweifelhaften Nachtheile des Hochklimas auf? Fiebernde z. B. vertragen das Klima schlecht. Auch die Reise ist für die Kranken immer sehr anstrengend, und sie fühlen sich in der Ferne meist sehr vereinsamt, ihre Lage ist oft trostlos. Die Vortheile sind nicht so hervorstechend, dass sie die Nachtheile überwiegen. Die Mehrzahl der Eigenschaften und Wirkungen des Gebirgsklimas lassen sich auch in der Ebene, im Walde erreichen, wenn man Sanatorien im Sinne Brehmer's errichtet. Die Sanatorienbehandlung muss eine grössere Verallgemeinerung finden. Jedes Land muss seine Kranken selbst curiren. Der Transport in ferne Gegenden des Auslandes mag den Wohlhabendsten vorbehalten bleiben, für die Mehrzahl ist er nicht nothwendig. Die Sanatorienbehandlung muss allgemein systematisch zur Durchführung kommen. Gemeinden und Staat müssen dazu gemeinsam vorgehen.

Discussion: v. Leyden-Berlin hat vom neuen Tuberculin noch keine sicheren und keine besseren Resultate erhalten als

durch andere Methoden. Ein abschliessendes Urtheil über den Werth des Mittels möchte er indess noch nicht fällen. Ein grosser Fortschritt für die Therapie der Phthise ist jedenfalls nicht zu erwarten. Wir dürfen desshalb die klimatische Behandlung der Phthise nicht in den Hintergrund treten lassen, weil vielleicht in einiger Zeit ein Specificum gegen die Tuberculose gefunden werden könnte. Der Erfolg der klimatischen Behandlung ist sicher gestellt. Die Sanatorienbewegung darf durch die Tuberculinprüfung keinen Aufenthalt erleiden. Irgend einem Klima ist eine specifische Wirkung nicht zuzuschreiben. Das Bergklima verdient nur desshalb immer den Vorzug, weil es das härteste ist und den Körper am meisten stählt. Es ist aber für die breiteren Volksschichten der grösste Nachdruck darauf zu legen, dass der Kranke in demselben Klima geheilt wird, in dem er später leben muss.

Senator-Berlin hat das neue Tuberculin in etwa einem Dutzend Fällen angewendet. Das Mittel ist ein ganz ungleichmässiges. Oefters ist nach Anwendung desselben erst Fieber aufgetreten, zuweilen auch länger andauernde Verschlimmerungen des Krankheitsprocesses, ferner wiederholt Abscesse an der Injectionsstelle. Grosse Hoffnungen darf man auf dieses Mittel nicht setzen. Das Suchen nach specifischen Mitteln bei der Tuberculose ist nicht durchaus nothwendig. Die klimatische Behandlung leistet unter Umständen Ausgezeichnetes. Das Höhenklima hat wohl einige Vorzüge vor der Ebene, aber es setzt eine gewisse Widerstandsfähigkeit des kranken Körpers voraus, es eignet sich besonders für die auf Tuberculose Verdächtigen und im ersten Beginn der Erkrankung Stehenden. Neigung zu Haemoptoe ist keine Contraindication, wenn sie nicht sehr stark ist. Redner zieht noch das Seeklima zum Vergleich mit heran, das sich durch den niederen Luftdruck und namentlich durch den Feuchtigkeitsgehalt unterscheidet und für gewisse Formen der Phthise den Vorzug verdient. Was die Sanatorien anlangt, so soll man ihrer lieber mehr, aber kleine bauen. Schliesslich regt Redner auch die Einrichtung schwimmender Sanatorien an.

Kernig-Petersburg berichtet über Tuberculinbehandlung bei 9 Phthisikern, 5 davon sind dadurch wesentlich verschlimmert worden. Er gelangt zu einem durchaus ablehnenden Urtheil über die Verwendbarkeit des neuen Präparates.

Dehio-Dorpat weisst auf die Sanatorien für Tuberculöse im hohen Norden Russlands hin, in welchen günstige Erfolge erzielt werden. Ihre Vermehrung ist sehr zu empfehlen.

Jawein-Petersburg hat nach Injectionen mit dem neuen Tuberculin von ganz localen Affectionen Miliartuberculose ausgehen sehen, die schnell zum Tode führte. Er ist von der Anwendung des Mittels vollständig zurückgekommen.

Gerhardt-Berlin: Die Erfahrungen mit dem neuen Tuberculin sind noch nicht ausreichend, um den Werth definitiv zu entscheiden. Jedenfalls soll das Mittel nur auf Wunsch des Kranken zur Anwendung kommen, der über die Gefahren desselben vorher unterrichtet werden muss. Die bisher von Gerhardt gemachten Beobachtungen waren theils negativer Art, theils nachtheilige Folgen. Auch die Arzneibehandlung hat bei der Phthise vollkommen Bankerott gemacht. Bei der klimatischen Behandlung wirkt im Wesentlichen nur die reine Luft, nicht die Höhe oder die See an sich. Das Ergebniss in dem vom Rothen Kreuz am Grabower See bei Berlin errichteten Sanatorium für Phthisiker ist bisher gewesen, dass 20 Proc. der Aufgenommenen, wenn auch nicht geheilt, so doch wieder arbeitsfähig geworden sind.

Michaelis-Berlin berichtet über Untersuchungen aus der v. Leyden'schen Klinik, betreffend das Vorkommen von Bacterien im Blute bei Phthisikern und das Verhältniss dieses Vorkommnisses zu der Diazoreaction. Unter 10 schweren Fällen war der Blutbefund 8mal positiv, meist Staphylococcen.

An der weiteren Discussion betheiligten sich Vivant-Monte-Carlo, Dominicis-Neapel und im Schlusswort v. Ziemssen-München.

4. Sitzung am 21. August, Nachmittags.

1. Crocq-Brüssel: Étiologie de la tuberculose. Hérédité et contagion.

Erblichkeit und Contagiosität sind die beiden Ursachen, welchen man die grösste Wichtigkeit in der Aetiologie der Tuberculose gegeben hat. Während die Alten meistens der Erblichkeit den ersten Platz einräumten, geben die Neueren meistens der Contagiosität den Vorrang. Diese fusst besonders auf die Ergebnisse der Inoculation; aber man kann aus dieser keine Consequenz ziehen; denn die Syphilis, die vielmehr durch die Inoculation sich fortpflanzt, ist doch durch die Luft nicht ansteckend. Es ist bloss die Beobachtung, die zwischen beiden entscheiden kann. — Crocq hat die Ansteckung nie beobachtet, aber sehr oft die erbliche Uebertragung. Rissel in Deutschland, Leudat in Frankreich, haben besonders sehr genaue Beobachtungen gemacht, aus denen dasselbe hervorgeht. Es sind denn auch sehr wichtige Gründe, die gegen die Ansteckung aufgerufen werden können. Es folgt aus allem diesem, dass die Tuberculose hauptsächlich nicht als eine ansteckende Krankheit angesehen werden muss, sondern als eine erbliche constitutionelle Entartung des Organismus.

2. Crocq-Brüssel: De l'action curative du nitrate d'argent et de l'ergotine dans la tuberculose pulmonaire.

Die Lungentuberculose geht viel öfter in Genesung über, als sie tödtet; denn an sehr vielen Leichen von Leuten, die an ganz anderen Krankheiten gestorben sind, findet man veraltete Tuberkeln in den Lungenspitzen. Crocq schliesst aus seinen Beobachtungen, dass der normale Ausgang der Tuberkeln nicht der Tod der Gewebe oder der Organe ist, sondern die Genesung. Wenn diese doch zu oft nicht erfolgt, so geht das nicht von ihrer eigenen Natur aus, sondern in Folge der Entzündung, die zugleich vorkommt und die Ausbreitung der Tuberkeln befördert. Wenn man diese verhüten oder heilen könnte, dann würde die Tuberculose viel öfter in Genesung übergehen. Auf den Bacillus als solchen können wir keine Wirkung üben; es gibt kein Mittel, welches ihn vernichten könnte. Man hat zu diesem Zwecke das Kreosot gebraucht; aber es hat keine solche Wirkung, in sehr vielen Fällen vielmehr üble Nebenwirkungen, besonders auf den Magen, und diesen muss man grundsätzlich schonen. Zwei Arzneimittel hat Crocq mit grossem Erfolg gebraucht, damit sogar die Genesung Tuberculöser erzielt, auch in sehr schweren Fällen, bei der erblichen Form der Tuberculose, bei Tuberculose einer ganzen Lunge oder der zwei Spitzen, auch bei complicirendem Diabetes etc. Es sind diess das Ergotin und das Silbernitrat. Dieses letztere besonders wirkt auch sehr vortheilhaft auf die Magenfunction, welche in der Behandlung der Tuberculose sehr wichtig ist.

3. Crocq-Brüssel: Efficacité de la révulsion dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Die Revulsion ist seit langer Zeit in vielen Krankheiten angewendet worden, und auch vielfach bei der Lungentuberculose. Diese Methode fusst auf der Beobachtung der Fälle, in denen die Tuberculose stationär geblieben ist, unter dem Einfluss peripherer Laesionen, z. B. der Mastdarmfistel, der chronischen Gelenkkrankheiten etc. Die Revulsion auf die Eingeweide durch Abführmittel kann auch die Lungentuberculose vortheilhaft beeinflussen, aber wenn man sie zu lange anwendet, ruft sie chronische Darmkrankheiten hervor und wirkt desshalb schädlich.

Aber auf die äussere Bedeckung, auf die Haut, kann man, ohne zu schaden, die Revulsion energisch gebrauchen, z. B. durch Blasenpflaster, Oleum Crotonis, actuelle Cauterisation, Cauterisation mit Aetzmitteln, und besonders durch das Argentum nitricum acidum (saures Silbernitrat), welches Crocq in solchen Fällen oft mit Erfolg gebraucht hat.

4. Drzada-Wien: Grundzüge einer rationellen Phthiseo-Therapie.

Eine rationelle Therapie der Lungentuberculose und weiteren Phthise hat folgende Aufgaben zu lösen: 1) müssen die im Gefolge der Invasion der Tuberkelbacillen, Streptococcen, Staphylococcen etc. im Organismus sich häufenden Toxine, deren Einflussnahme auf die einzelnen Organe semiotisch gewürdigt wird, zunichte gemacht, sowie die gleichzeitig zu Tage tretenden Pyrotoxine energisch bekämpft werden. Da diese so lange reproducirt werden, als virulente Mikroorganismen im menschlichen Körper überhaupt noch vorhanden sind, so ist es wohl klar, dass nur durch energische, consequent in dieser Richtung zu treffende Maassnahmen dieses Ziel zu erreichen ist, und werden nun auf Grund jahrelanger sorgfältiger Studien die diesbezüglich zweckdienlichen Mittel und Wege gewiesen und die jeweilige Art ihrer Ingerenz eingehend klargestellt; 2) muss zunächst, da an eine sofortige rasche Ausscheidung der Mikroorganismen bei stärkerer Invasion nicht zu denken ist, nach Möglichkeit die Virulenz der bereits eingedrungenen Bacterien herabgesetzt werden, um der weiteren Fortwucherung derselben und der Bildung der secundären Toxine entgegenzuwirken, und werden auch in dieser Richtung unter Verwerthung der durch das Studium der Biologie der Mikroorganismen bis dahin gewonnenen Resultate die zweckdienlichen Wege gewiesen, die einzuschlagen sind; 3) muss auf die allmählich zu erstrebende Stärkung der vitalen Energie der krankhaft betroffenen Organe hingewirkt, für die langsame Lockerung und spätere Lösung etwa bestehender pleuritischer Adhaesionen vorgesorgt und successive die freie Entfaltung der einzelnen Lungentheile angestrebt werden. Damit schreitet parallel einher die allmählich sich vollziehende Lockerung der derben tuberculösen Infiltrate, die bis dahin einzelne Lungenabschnitte fest umschlossen hielten, einen respiratorischen Gasaustausch in denselben verhinderten und sie für die weitere Invasion entsprechend präparirten. Es werden gewissenhaft die Mittel und Wege gezeichnet, welche in dieser Richtung wohl in langsamer aber sicherer Weise das anzustrebende Ziel erreichen lassen; 4) muss auch für die anstandslose und zweckentsprechende Eliminirung der allmählich sich lockernden Infiltratmassen Sorge getragen werden und werden detaillirt die zu treffenden Verhaltungsmaassregeln angegeben; 5) schliesslich müssen auch noch die etwa in die Lymphbahnen durch bereits erfolgte Resorption gelangten Mikroorganismen unschädlich gemacht und somit die weitere Gefahr einer daraus eventuell späterhin erfolgenden weiteren Infection verhütet werden. Auch in dieser Richtung wird das Zweckdienliche angegeben und die Art der Ingerenz der zu treffenden Maassnahmen eingehend beleuchtet.

Der Vortragende gelangt demnach zu dem Schlusse, dass tuberculöse Infiltrationen und phthisische Vorgänge bei rechtzeitigem zielbewussten und consequenten Vorgehen im Sinne der angegebenen Ausführungen allerdings nur in langsamer, aber sicherer Weise zur vollständigen Ausheilung gebracht zu werden vermögen. Selbst bei vorgeschrittener Lungenphthise, wo die Aussicht auf Heilung

schwindet, ist unter dem eingeschlagenen Regime eine ganz auffällige Besserung des Zustandes und eine Verlängerung der Lebensdauer zu gewärtigen.

5. **Thayer**-Baltimore: **On the Increase of the Eosinophilic Cells in Trichinosis.**

Während dieses Jahres sind in John Hopkin's Spital zwei Fälle von Trichinosis beobachtet worden, welche ein neues Symptom gezeigt haben.

Der erste war ein Fall mit allen klinischen Symptomen. In einem kleinen Stück vom Bicepsmuskel wurde die Trichine gefunden. Die Untersuchung des Blutes ergab rothe Blutkörperchen 4232000, weisse 165000, unter letzteren klein mononucleäre 5 Proc., grosse mononucleäre 7 Proc., polymorphe Neutrophile 50 Proc. und Eosinophile 38 Proc. Die Zahl der weissen Blutzellen schwankte zwischen 13000 und 35000 während der Krankheit, die Eosinophilen zwischen 38 Proc. und 68 Proc. (einen Monat später).

Im zweiten Falle wurde der Verdacht auf Trichinosis erst durch die auffällige Vermehrung der eosinophylen Leukocyten wachgerufen. Untersuchung des Blutes: rothe Blutkörperchen 5000000, weisse 13000, kleine mononucleäre 11 Proc., grosse mononucleäre 5 Proc., polynucleäre Neutrophile 37 Proc. und Eosinophile 47 Proc. Die daraufhin vorgenommene Untersuchung des Muskels ergab den Trichinenbefund. In beiden Fällen waren die polynucleären neutrophilen Leukocyten regelmässig vermindert.

6. **Gautier: Sur certains détails de structure des parasites de Laveran dans leur évolution.**

Vortragender hat die Blutuntersuchungen bei Malaria nach der Methode von Romanovsky gemacht, welche genauere Resultate liefern soll als andere Färbeverfahren. Bei Kranken aus dem Krankenhaus hat Verfasser drei Formen des Plasmodiums beobachtet, jede derselben hat ihren eigenen Entwickelungscyklus, durch den sie unterschieden werden können. Die eine Form entspricht dem Parasiten der typischen Tertiana, die andere dem der Quartana, die dritte wahrscheinlich dem von Marchiafava und Bignami in Italien bei Sommer- und Herbstformen der Tertiana beobachteten Plasmodien. Diese letztere Form entwickelt sich in zwei Tagen, sie findet sich bei den irregulären und täglichen Fieberformen. Alle drei Formen erleiden während ihrer Entwickelung Veränderungen, welche ihnen gemeinsam sind. Die wesentlichste derselben ist das Auftreten eines Kernes, die Rückbildung und das Schwinden desselben, dann das erneute Auftreten von Kerntheilen in dem Körper des Plasmodiums nach der aus der Mitte hervorgehenden Theilung desselben. Vortragender illustrirte das Gesagte durch eine grosse Reihe vortrefflicher Abbildungen.

Thayen-Baltimore: In 1613 Fällen von Malaria, welche in Johns Hopkin's Spital beobachtet worden sind, sind drei verschiedene Parasitenformen gefunden worden, welche der Tertiana, der Quartana und der Aestioautumnal entsprechen. Die Entwicklungszeit eines Plasmodiums beträgt etwa 48 Stunden, aber häufig weniger. Die Malaria hat nicht nur einen Parasiten mit verschiedenen Formen, sondern drei besondere Parasiten.

7. **Mossé**-Toulouse: **Excrétion urinaire après les accès palustres.**

Nach den Anfällen von Malariafiebern kommt häufig eine acute Polyurie zu Stande. Das war die Veranlassung zu folgenden analytischen Untersuchungen des Harnes: 1. In Bezug auf den Harnstoff: seine Menge steigt häufig proportional zu der Harnmenge. 2. Die Harnsäure vermehrt sich noch in ausgesprochenerem Maasse und regelmässiger in ihrer Tagesmenge, der Harnmenge immer entsprechend. 3. Die während des Anfalles verminderte Ausscheidung von Gesammtphosphorsäure erfährt während der nächsten Tage eine beträchtliche Steigerung. 4. Genau dasselbe Verhalten (schnelles Ansteigen nach dem Anfall) zeigen die Chloride. 5. Die Untersuchung der Toxicität des Harnes nach Bouchard hat bisher widersprechende Resultate gegeben. Die Polyurie ist wahrscheinlich der Ausdruck der Elimination des Malariagiftes aus dem Körper.

Section für Chirurgie.

Ref. Dr. Hollaender-Berlin.

(Fortsetzung.)

A. Cecherelli-Parma hält für die Fälle, in denen die Pyloroplastik unausführbar ist, die vordere Gastroenterostomie nach Doyen für das beste Vorgehen; bei Magengeschwüren hält er die Gastroenterostomie für indicirter als die Resection mit Ausnahme der Fälle, in denen ein sicher einziges Geschwür sich nicht auf das Duodenum propagirt.

van Iterson-Leiden stützt seine persönlichen Erfahrungen auf: 16 Gastrostomien, 12 Heilungen, 4 Todesfälle am 7.—10. Tage; 20 Gastroenteroanastomien, 19 Heilungen, 1 Todesfall nach 34 Tagen; 2 Pylorusresectionen, 1 geheilt, 16 Monate, 1 gestorben nach 29 Tagen; 1 Jejunostomie, Tod durch Volvulus nach 14 Tagen; 2 Intestinalresectionen, geheilt; 10 Colostomien, 9 Heilungen, 1 Todesfall nach 10 Tagen. Alle diese Operationen führte Iterson seit 1890 aus ohne Körpernarkose unter Cocaïnanaesthesie. Dadurch vermeidet Iterson vollkommen den Collaps und das im Anschluss an eine Operation so gefährliche Erbrechen und die hypostatischen Pneumonien.

Heydenreich-Nancy gibt dem vaginalen Schnittverfahren bei Carcinom des Rectums bei der Frau den Vorzug auf Grund zweier mit Continenz geheilter Fälle.

I. J. Sematzky-St. Petersburg will den Gallenfluss in den Magen beseitigen und glaubt, dass dieser bei sämmtlichen bisher angewandten Arten der Gastroenteroanastomie gleichmässig vorkommt. Auch der Vorschlag von Braun schaffe hierin keine Besserung. Auf Grund von Thierversuchen kommt er zu folgendem Verfahren: Quere Durchtrennung des Jejunums; Implantation des distalen Querschnittes desselben in den Magen, 12—16 cm weiter nach unten Implantation des oberen Jejunumquerschnittes in den abführenden Schenkel.

Discussion: Chrumsky-Breslau glaubt auf Grund von Thierversuchen, dass der Gallenrückfluss in den Magen keinen Einfluss auf das Erbrechen habe. Leitet man die Galle direct in den Magen von Hunden, so resultirt daraus weder Schaden noch Brechreiz; leitet man dagegen den Pankreassaft in den Magen, so sterben die Thiere.

Kader-Breslau: In der Mikulicz'schen Klinik wurde ein Verfahren studirt, die Cardia zu exstirpiren; Miculicz operirte nach diesem einen tödtlich endenden Fall. Die Oesophagoskopie und Gastroskopie wird in der Breslauer Klinik, jedoch ohne Resultate, geübt; nur bei Cardiospasmus war sie in einem Fall von Erfolg. Mikulicz verfügt über zwei dauernd geheilte Fälle von Pylorusresectionen.

Bottini-Pavia: **Behandlung der Harnverhaltung durch Prostatahypertrophie.**

Demonstration eines neuen Accumulators und seiner Instrumente. Bottini erläutert eingehend seine bekannte und von ihm seit circa 20 Jahren geübte Methode der Behandlung der Prostatahypertrophie mit dem Cauterisateur und Incisor; Bottini gibt jetzt dem letzteren den Vorzug. Bottini empfiehlt die Anwendung seiner Instrumente in der Freudenberg'schen Modification. Bottini hält seine Methode für so leicht anwendbar, dass jeder mit der Katheterisation und Sondirung Vertraute sie leicht anwenden kann.

Nachmittagssitzung.

Vorsitzende: Rose, Skliffosowsky, Watson.

Freudenberg-Berlin empfiehlt auf Grund von 16 Operationen an 13 Patienten die bisher anderweitig wenig geübte Bottini'sche Methode; er demonstrirt seine modificirten Instrumente, deren Vortheile darin beruhen, dass sie sterilisirbar sind und wegen der Verwendung des Platiniridium eine geringere elektrische Kraft benöthigen.

Watson hat auch die Bottini'sche Methode angewendet, will sie aber für gewisse Fälle reservirt wissen, in denen es sich um Hypertrophie des mittleren Lappens handelt.

Lavista-Mexiko empfiehlt die Boutonnière und die Ausbrennung des mittleren Lappens durch die Cystotomia suprapubica.

Le Dentu-Paris: **Ueber einen Fall von Elephantiasis des Hodens,** Hydrocele, Varicocele lymph. und Lymphangioma des Inguinalcanals, auf Grund der Filaria sanguinis.

Schon 1881 operirte Le Dentu eine chylöse Hydrocele, in welcher sich die Filaria sanguinis befand. 1887 publicirte er eine Arbeit: Ueber die von der Elephantiasis des Scrotum unabhängige Elephantiasis der Testikel. Er wies darauf hin, dass diese Zustände oft mit syphilitischen verwechselt würden. 1897 operirte er den Fall, dessen Status aus der Ueberschrift hervorgeht. Bei der Operation des jungen Mannes aus den Antillen stellte es sich heraus, dass es sich nicht um eine Netzhernie gehandelt hatte, sondern um ein Lymphangiom und eine lymphatische Varicocele.

Albarran: Ueber den Katheterismus der Ureteren.

Nach Albarran sind die bisherigen Instrumente noch ungenügend. Die Einführung ist zu schwierig und die einführbaren Sonden und Katheter zu dünn. Sein neues Instrument beseitigt diese Mängel; das Instrument stellt ein einfaches Nitze'sches Cystocop dar; auf dieses kann der Apparat zur Katheterisation aufgedrückt werden; durch eine Schraubenvorrichtung kann man die Sonde nach allen Seiten vor- und rückwärts und seitlich bewegen. Um stärker kalibrige Katheter einzuführen, verfährt er folgendermaassen: Er führt eine gewöhnliche Sonde in den Ureter, diese trägt an ihrem hinteren Ende einen Schraubengang, wie an den Le Fort'schen Sonden, an diese wird eine gleichstarke Sonde angeschraubt und nun das Cystoscop unter Liegenbleiben der Sonde herausgenommen. Ueber diese Leitsonde wird dann ein sehr langer Katheter No. X geschoben, und nachdem dieser so in den Ureter eingeführt ist, die Leitsonde zurückgezogen. Mit diesem Verfahren kann man grössere Waschungen des Nierenbeckens vornehmen. Die Instrumente sind bei Collin zu haben. Albarran warnt vor illusionären Vorstellungen über die therapeutischen Erfolge des Katheterismus; einmal hat er eine grössere Hydronephrose entleert. Bei Pyelitis sei durch Waschungen und Drainage nur bei einfachen nicht complicirten Säcken etwas zu erhoffen.

Milton-Kairo: Seine persönlichen Erfahrungen über Lithotripsie stützt Milton auf 550 Fälle von Blasensteinen. Milton entfernt die grössten Steine mit dem Lithotriptor in einer Sitzung; die perineale Lithotomie und die Cystotomie geben gute Resultate bei kleineren Steinen, je grösser der Stein und erschöpfter der

Patient, um so grösser die Indication zur Lithotripsie (!). Milton demonstrirt monströse Steine, die er durch Operation gewonnen hat.

Nitze-Berlin hat den Evacuationskatheter zur Entfernung der Steintrümmer mit einem optischen Apparat versehen, damit man ohne neue Einführung eines Instrumentes sich nach der Operation von der Reinheit der Blase überzeugen kann.

Nitze-Berlin hat 42 Fälle von benignen Blasenpolypen per vias naturales mit der Schlinge entfernt und ohne Todesfall sämmtlich geheilt; er demonstrirt sein von ihm construirtes Instrumentarium. Die Geschwulst wird, wenn sie klein ist, in einer Sitzung, sonst ambulant in mehreren entfernt. Dann wird die Basis gebrannt; Nitze gibt an, dass dies Verfahren weniger Recidive zeitigt, wie die Operation.

Albarran fixirt seine Indicationsstellung zur operativen Entfernung von Blasensteinen folgendermaassen: 1. bei Kindern und 2. bei ausgedehnten Ulcerationen der Blase wegen der Gefahr der Perforation (welche unter 126 Fällen einmal vorkam); Guyon's Statistik zeigt bei 1000 Lithotripsien 2 Proc. Mortalität. 3. Bei eingekapseltem Stein und 4. wenn der Blasenzustand eine permanente Drainage erfordert; sonst in allen Fällen per vias naturales.

Tansini-Palermo nimmt bei Mammacarcinom die Haut vollkommen weg und deckt den Defect durch einen grossen gestielten Lappen vom Rücken her.

Geroth-Bukarest hat eine umfangreiche experimentelle Untersuchung über die Absorption der Blasenschleimhaut angestellt. Nach seinen Untersuchungen setzt die Blasenschleimhaut dem Eindringen von Flüssigkeiten Widerstand entgegen, der jedoch nur ein relativer ist und von der chemischen Constitution der Substanzen abhängt. Ferrocyankalium, Traubenzucker, Harnstoff passirten die Blasenwand. Die Versuchsreihe mit den Alkaloiden ergab negative Resultate.

Schmuckler-Kiew: Die chirurgische Prophylaxe der Erkrankungen des Präputium.

Der Autor sieht diese in der Circumcisio, welche bei einigen Völkern ritualer Gebrauch sei.

Sitzung am Sonntag den 22. August.

Vorsitzende: Rydygier, Tuffier, Escriba.

O. Bloch-Kopenhagen: Ueber die diagnostische Nierenresection.

Bloch hat in einer Anzahl von Fällen, in denen er durch die bestehenden diagnostischen Mittel nicht zu einer sicheren Diagnose kommen konnte, eine diagnostische Parenchymresection der suspecten Nieren vorgenommen; Bloch glaubt, dass dies im Sinne einer conservativen Nierenchirurgie wichtig sei, da man sonst in die Lage käme, wegen Verdacht auf Tumor eine Niere zu exstirpiren, welche mikroskopisch sich als Sitz von Infiltrationen entzündlicher Art erwies.

Küster-Marburg: Ueber die Neubildung der Nieren und ihre Behandlung.

Die Nephrektomie bei bösartigen Geschwülsten der Niere gibt bisher noch eine schlechte Mortalitätsziffer. Von ursprüglich 60 Proc. Mortalität sei sie seiner Berechnung nach (von 263 publicirten Operationen) auf 41 Proc. gesunken. Von diesen 155 restirenden Patienten sind dauernd geheilt nur 9, wenn man nur die Patienten zählt, welche mindestens 3 Jahre bereits recidivfrei sind; sonst sind 28 Proc. Heilungen zu constatiren, also 16 Proc. aller operirten Fälle. Küster hofft eine Besserung dieser Verhältnisse von einer früheren Diagnose. Die jetzigen Untersuchungsmethoden seien in den Fällen eines nicht palpablen Nierentumors unzulänglich. Die Palpation, deren Ausbildung das Verdienst Israel's sei, ist für die Fälle, in denen der Tumor in der Mitte oder im oberen Pol sitze, unzureichend. Nach seiner Erfahrung ist dies häufig der Fall. Ausserdem hegt er Bedenken gegen eine methodische Palpation, weil dadurch eventuell die in die Gefässe hineinwuchernden Tumoren abgelöst würden und dies zu Metastasen Veranlassung gäbe. Küster empfiehlt daher, falls Verdacht auf Nierentumor vorhanden sei, eine doppelseitige Freilegung der Nieren, weil das die einzige Sicherheit gäbe. Küster unterscheidet 3 Gruppen von malignen Tumoren der Niere, welche wohl charakterisirt sind:

1. Krebse; sie geben spät fühlbare harte Tumoren in den Grenzen des Organs, durchbrechen frühzeitig die Kapsel und sind schwer beweglich.

2. Sarkome, hauptsächlich im Kindesalter vorkommend; dieselben machen früh grosse Geschwülste, brechen spät durch die Kapsel und machen nur entzündliche Adhaesionen.

3. Struma suprarenalis; meist Geschwülste, welche einen Pol freilassen und jahrelang stabil bleiben können, dann aber plötzlich wachsen und sehr bösartig sind.

Die Indication zur Operation muss mehr begrenzt werden; leicht bewegliche sollen operirt, fixirte Geschwülste nicht mehr operirt werden; bei schwer beweglichen Tumoren schwankt die Indicationsstellung. Während heute nur noch fast allein die Gynäkologen transperitoneal operiren, empfiehlt Küster das transperitoneale Vorgehen bei schwer beweglichen Tumoren. Dieser Schritt lässt nach Küster das Operationsterrain besser übersehen; man kann die Gefässe präliminar unterbinden und sich besser über vorhandene Metastasen orientiren; Küster fordert auf, sich nicht an die extraperitoneale Methode allein zu halten, sondern die Fälle zu sondern. Küster resumirt in Folgendem: Bei dunklen Nierenfällen soll eine sichere Diagnose durch die beiderseitige Freilegung der Niere erzwungen werden. Frei bewegliche Tumoren sollen durch den Lendenschnitt, schwer bewegliche durch die Laparotomie und vollkommen fixirte gar nicht mehr operirt werden.

Tuffier verfügt über 156 Nierenoperationen. Die Technik ist im Gegensatz zu der noch mangelhaften Indicationsstellung genügend ausgearbeitet. Während Tuffier in früheren Jahren viele Nephropexien gemacht hat, ist er im Laufe der Jahre immer mehr von dieser Operation abgekommen und hat die Indicationen zu dieser immer mehr eingeengt, so dass er jetzt jährlich nur 2—3 Fälle operirt; er theilt hierin Israel's Ansicht, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Wanderniere nur ein einzelnes Symptom eines Erkrankungscomplexes ist. Unter 30 Nephrectomien hat er eine Anzahl Partialresectionen bei benignen Tumoren mit Heilung ausgeführt. Ausser der Totalresection hat er dann noch das Morcellement der Niere nach Pean und die isolirte Unterbindung des Gefässstiels gemacht. Den 30 Nephrectomien mit 30—26 Proc. Mortalität stehen 34 Nephrotomien gegenüber; besonders bei eitrigen Processen zieht er die Nephrectomie der Nephrotomie vor. Bei Traumen räth Tuffier ein möglichst conservatives Verfahren. In der Tuberculosenfrage steht er auf Seiten Israel's; bei der Primärtuberculose räth er, um spätere Nachoperationen zu vermeiden, zur Nephrectomie (15 Fälle). Die Frage der Behandlung der Hydronephrose ist noch offen; sehr grosse Hydronephrosen operirt er transperitoneal, intermittirende Hydronephrosen behandelt er mit Erfolg durch Nephropexie. 2 Fälle von Haematohydronephrose wurden von ihm operirt. Bei malignen Tumoren hat er schlechte Resultate wegen zu spät vorgenommener Operation.

Israel's Statistik über 191 von ihm ausgeführte Nierenoperationen repräsentirt den ziffernmässigen Höhepunkt der modernen Nierenchirurgie. Israel betont vor der näheren Erklärung seiner tabellarischen Uebersicht seine fast vollkommene Uebereinstimmung mit Tuffier's Auseinandersetzungen. Die Gesammtmortalität seiner Nephrectomien beträgt 20 Proc. von 79 Fällen. Die Mortalität der Nephrectomie bei malignen Tumoren nur unter 24 Fällen 3 Todesfälle = 12,5 Proc. (gegenüber 41 Proc. aus der Zusammenstellung Küster's). Von diesen 24 Fällen bekamen 7 Recidive. Von den übrigbleibenden sind 6 länger als 3 Jahre recidivfrei = 60 Proc. Dieser Fortschritt der Statistik begründet sich in der vervollkommneten Diagnose, durch Palpation und Cystoskopie, der Exstirpation der Fettkapsel und Drüsen. Was die Bemängelung seiner Palpationsmethode betrifft, so hat er dieser einen einseitigen Werth nie zubemessen, sondern nur einen hervorragenden unter den diagnostischen Hilfsmitteln; er übt seine Methode in einer Weise aus, dass seiner Ansicht zu Folge ein Loslösen von Thromben durch die Palpation undenkbar ist. Israel hat bei der Tumorentwickelung in den Nieren den Eindruck gehabt, als wenn eine polare Entwickelung derselben das gewöhnliche sei. Eine Probefreilegung kann er nur bei vorhandener Indication und vermutheter Diagnose billigen; die einzigen Zeichen des beginnenden malignen Tumors sind Blutungen (Cystoskopie) oder Intumescenz (Palpation). Weitere Resectionen wurden ausgeführt wegen primärer Nierentuberculose 15 = 33 Proc. Mortalität, ascendirende Tuberculose 5 mit 60 Proc. Mortalität, Syphilis 2 mit 0 Proc. Mortalität, Hydronephrose 8 mit 12 Proc. und Pyonephrose 18 mit 22,5 Proc. Mortalität. Bei eitrigen Processen 4 mit 0 Proc., Steinniere 2 und Ureteritis membranacea 1 mit 0 Proc. Mortalität, secundäre Nephrectomie 10 mit 30 Proc. Mortalität. Die schlechten Resultate erklären sich hier durch die meist doppelseitige Erkrankung, welche auch eine Exstirpation unmöglich machte. In einem Falle wurde das obere Drittel einer tuberculösen Niere mit Dauerresultat resecirt.

Nephrotomien 19 mit 21 Proc. Mortalität. Die glänzendsten Resultate ergaben die Nierensteinoperationen ohne Anurie. 17 Fälle mit 0 Proc. Mortalität. Gleichfalls bemerkenswerth sind die 60 Proc. Heilung bei 5 Operationen Anurischer und Uraemischer. 2 plastische Operationen am Nierenbecken mit Erfolg. Die Nephropexie hat Israel nur 15 mal gemacht und stellt er die Indication zu dieser Operation nur in seltenen Fällen uncomplicirter Wanderniere, da er die Mobilität der Organe nur für ein Symptom der vielgestaltigen Enteroptose ansieht. Bemerkenswerth aus der ausgedehnten Statistik sind noch die 7 Operationen am Ureter mit 100 Proc. Heilung.

Jonnescu-Bukarest hat im letzten Jahre 14 mal die Nephropexie ausgeführt und glaubt die Indicationen zu dieser Operation weiter stellen zu müssen als Tuffier und Israel; zweimal hat er doppelseitig operirt. Jonnescu hat seine Fälle nach eigner Methode operirt. Er placirt die Niere längs der zwölften Rippe, an welcher er das Organ aufhängt; er versenkt jedoch nicht die Fäden, sondern entfernt dieselben alle am zehnten Tage, dadurch vermeidet er Schmerzen, Eiterungen und Fistelbildung und die im Anschluss an die liegen bleibenden Fäden sich bildende Sklerose.

Discussion: D'Antona hat 32 Nephrotomien ausgeführt, welcher Operation er principiell den Vorzug vor der Entfernung des Organs gibt. Hat er bei der Entfernung von grossen Geschwülsten Schwierigkeiten, so macht er die Rippenresection.

Albarran-Paris spricht sich auch mehr für Nephrectomie aus, nachdem man sich vor der Operation durch den Uretherkatheterismus am besten mit seinem Instrument und seiner Methode von dem Gesundsein der anderen Seite überzeugt habe. Die Jonnescu'sche Modification der Nephropexie beanstandet er.

Gersuny-Wien bringt einen Fall bei, der in diagnostischer Hinsicht, namentlich was den Ureterkatheterismus bedingt, von grösster Wichtigkeit ist. Ein Patient mit eitriger Pyelitis einer Seite wird von ihm operirt, nachdem er sich vorher durch den Ureterkatheterismus von der völlig normalen Beschaffenheit des Urins der anderen Seite überzeugt hatte. Hätte er diese feste Ueberzeugung nicht gehabt, so hätte er wohl in dem Falle die Nephrotomie inscenirt, so machte er die Nephrectomie. Abends ist Patientin anurisch. Bei der Section am nächsten Tage zeigte sich, dass die andere Niere ganz vereitert war und nur aus einer einzigen noch gesunden Pyramide den ganz normalen Harn entleert hatte.

Kader-Breslau macht auf die Schwierigkeit der Verhältnisse aufmerksam an der Hand eines Falles. Wegen Uretervaginalfistel sollte eine Niere nicht exstirpirt werden. Mikulicz implantirte jedoch den Ureter in der Blase und im Anschluss an die Operation erfolgte eine acute Nephritis der anderen Seite.

Küster betont, dass er daran fest hält, dass die Tumoren der Niere meist von der Mitte ihren Ausgang nehmen auf Grund einer statistischen Zusammenstellung von 500 Fällen. Küster hält im Gegensatz zu Israel und Tuffier die Nephropexie, welche er ca. 100mal ausgeführt hat, für eine segensreiche Operation.

Israel wendet sich gegen die Schnittrichtung d'Antona's, da er lieber einmal das Peritoneum öffnet als die Pleura.

Vorsitzende: Bloch, Le Dentu, Küster.

Braatz-Königsberg: **Therapie der inficirten Wunden.**

Nach einem historischen Ueberblick über die Wundbehandlung überhaupt, und im Speciellen die Thatsachen und Gründe beleuchtend, dererwegen die antiseptische Behandlung zu Gunsten der aseptischen verlassen wurde, motivirt Braatz seinen Standpunkt in der Behandlung der inficirten Wunden; auch inficirte Wunden müssen aseptisch behandelt werden. Bei der Behandlung von 200 inficirten Wunden mit rein aseptischen Mitteln hat Braatz gute Resultate zu verzeichnen; das Jodoform, welches seiner Ansicht nach wesentlich überschätzt worden ist, wendet er auch bei tuberculösen Wunden nicht mehr an; da auch abgestorbene Culturen Eiter erregen, so hat es keinen Zweck, die lebenden durch antiseptische Mittel zu tödten und dadurch gleichzeitig das Gewebe zu schädigen. Der zur Erprobung der Grundsätze bacterieller Chirurgie nöthige Apparat ist ein so ausgedehnter, dass die klinischen Institute dazu nicht ausreichen. Schaffung besonderer Institute zu diesem Zwecke ist erforderlich.

Le Dentu-Paris: Auf die Liste der klassischen Antiseptica (Carbolsäure, Sublimat, Chlorzink, Jodoformal, Salol) gehören nach den Erfahrungen und Untersuchungen Le Dentu's das **Formol** und **Parachlorophenol.** Le Dentu verwendet eine 5proc. und 5prom. Lösung der 40proc. Mutterlösung des Formols. Die sterilisirende Kraft des Formols ist zweimal stärker als die des Sublimats, so dass man bei Anwendung von einer Lösung Formol von 1:200 sich einer zehnmal energischeren Kraft bedient als bei der 1prom. Sublimatlösung. Die desodorisirende Kraft des Formols ist besonders stark. In einer Lösung von 5‰ sterilisirt das Formol Instrumente ohne dieselben anzugreifen. Le Dentu kennt kein ähnlich wirksames Mittel bei Anwendung von Waschungen, feuchten Verbänden u. s. w. inficirter Wunden. Die bactericide Kraft des Parachlorophenols ist fünfmal stärker als die der Carbolsäure. Die Todesdose dieses Mittels hat Le Dentu festgesetzt: sie schwankt zwischen 0,21 und 0,26 pro kg des Thieres. Die Zahlen stehen im Gegensatz zu den Resultaten Girard's, der die Todesdose auf 1,0 pro kg feststellte. — Das Parachlorophenol greift die Instrumente etwas an. Auch führt die Resorption des Mittels leicht zu schwarzem Urin.

Credé-Dresden bespricht zunächst seine Erfahrungen über die **Silberwundbehandlung;** nach längeren Versuchen hat er das citronensaure Silber (Itrol) als dasjenige Salz, welches allen Ansprüchen als Wundantisepticum genügt, gefunden; seine Ansichten und Resultate über diesen Gegenstand sind bereits publicirt und bekannt. Credé geht nun zur Anwendung des Silbers bei gewissen Infectionskrankheiten über; da citronensaures Silber in grosser Verdünnung im Blutserum löslich und nicht giftig ist, so lag der Gedanke nahe, diese Salze zur allgemeinen Körperdesinfection zu benutzen. Die subcutane Injection von 0,5 Actol (milchsaures Silber) machte aseptische Nekrosen; daher ist diese Form der Application nicht verwendbar. Nach Ueberwindung vieler Schwierigkeiten gelang es Credé, ein **metallisches Silberpräparat** zu ermitteln, welches sich in Wasser löst und in eiweisshaltigen Flüssigkeiten gelöst bleibt. Wird dieses Silber in Salbenform 15—30 Minuten eingerieben, so gelangt es in die Lymphbahn und circulirt im Körper gelöst. In steriler Lymphe und sterilem Blute bleibt es als metallisches Silber erhalten. Bei Anwesenheit von pathogenen Keimen oder Toxinen wird es noch unbekannte Verbindungen eingehen, die entweder keimtödtend oder als Antitoxine wirken. Dies Silberpräparat macht keine örtlichen Erscheinungen. Mit diesem Mittel sind von Credé und ihm nahestehenden Aerzten über 100 Fälle behandelt; dieselben zeigten die verschiedenen septischen Erkrankungsformen. Abends erfolgte die erste Einreibung, die zweite am anderen Morgen; andere Eingriffe wurden in dieser Zeit unterlassen; bei einem Erwachsenen wurde 3,0, bei Knaben 2,0, bei kleinen Kindern 1,0 Salbe in der Regel eingerieben. Die Einreibung der Salbe findet an einer von der afficirten Körperstelle entfernt gelegenen Hautpartie statt. Behandelt wurden Lymphangitiden, Phlegmonen, Septicaemien, phlegmonöse Anginen, septische Erkrankungsformen bei Scarlatina und Diphtherie; in sämmtlichen Fällen trat nach 5—30 Stunden eine augenfällige günstige Wirkung ein. Besserung des Allgemeinbefindens, Fieberabfall nach 24 Stunden und rapides Zurückgehen des septischen Processes; fast hoffnungslose Fälle wurden rapide gebessert. Bei Erysipel wurde die septische Mischinfection geheilt, die Hautaffection bestand weiter. Credé glaubt in seinem Präparat ein Mittel gefunden zu haben von ganz hervorragender Bedeutung, welches im Stande ist, den ganzen Körper zu desinficiren und welches ihn bei septischen Erkrankungen bisher noch in keinem Falle im Stich liess.

Preobragensky-Petersburg betont die Vorzüge einer sufficienten Drainage bei inficirten Wunden; er sieht deren Behandlung wesentlich in der physikalischen Wirkung eines absorbirenden Verbandes.

Lucas-Championnière-Paris: **Resultate der Radicalbehandlung der Abdominalhernien.**

Lucas-Championnière verfügt über 650 Fälle von Bauchhernien, die im nicht incarcerirten Zustand von ihm seit 1881 operirt sind. Diese vertheilen sich folgendermaassen: 556 Inguinalhernien (507 Männer, 49 Frauen), 46 Cruralhernien (13 Männer, 33 Frauen), 22 Nabelhernien bei Frauen, 14 epigastrische Hernien beim Manne, 12 Eventrationen (10 Frauen, 2 Männer). Obgleich Lucas-Championnière nicht alle Patienten wiedergesehen hat, so glaubt er doch, dass die gesehenen 23 Recidive die Hauptmasse dieser darstellen. Lucas-Championnière glaubt, dass die Methode der Radicalbehandlung nur dann günstige Erfolge verzeichnen wird, wenn man folgende Bedingungen erfüllt: 1. Wegnahme des erreichbaren Netzes; 2. Wegnahme nicht nur des ganzen Sackes, sondern auch der ganzen Partie, die zu einer erneuten Ausbuchtung neigt. Lucas-Championnière setzt dann im Folgenden seine Methode auseinander. Was die Mortalität betrifft, so verlor er 5 Patienten = 1:150. Lucas-Championnière operirte zuletzt eine Serie von 265 ohne Todesfall.

Dr. Vicol und Dr. Corbin-Jassy berichten über 200 im Militärlazareth von Jassy operirte Fälle von Abdominalhernien; von diesen sind 188 nur unter Cocainanaesthesie operirt nach der Methode Reclus, 4 Recidive wurden wieder operirt; kein Todesfall, 12 Recidive. Die Hernien wurden zum Theil nach Championnière operirt.

Murphy-Chicago: **Gefässnaht.**

Murphy demonstrirt seine bereits publicirte Methode der Gefässnaht bei Verletzungen; er verfügt über 5 Resultate bei Nähten grosser Gefässe. Principiell verwirft er die provisorische Abklemmung oder Ligirung, weil dadurch die Intima gebrochen wird; die Blutstillung geschieht auf die Weise, dass man einen starken Seidenfaden um das Gefäss legt und dieses vermittels des Fadens gegen den Finger presst. Bei allen longitudinal verletzten Gefässen und dann, wenn die Continuität zur Hälfte erhalten ist, soll die Naht versucht werden; sonst muss das Gefäss in 1 cm Ausdehnung resecirt und durch Invagination wieder vereinigt werden.

Nitze-Berlin demonstrirt einen kleinen Apparat, den er für die Gefässnaht construirt hat. Derselbe besteht in einer kleinen Elfenbeinstütze, über welche die Gefässenden so geklappt werden, dass sich Intima an Intima lagert; es genüge dann, auf dieser Stütze eine circuläre Ligirung der Gefässe vorzunehmen, welche auch nach Abnahme der kleinen Prothese hält; die Methode wurde an Thieren erprobt.

Duplay und **Mauric Cazin**-Paris: **Ueber eine neue Methode der Sackbehandlung bei der Radicalbehandlung der Inguinalhernie.**

Diese Methode beruht im Wesentlichen auf der Erhaltung des Sackes und der Vermeidung versenkter Ligaturen. Seit 1896 sind auf diese Weise von den Autoren 33 Fälle ohne versenkte Ligaturen operirt ohne Zwischenfall; bisher Recidive nicht beobachtet.

Nachmittagssitzung.

Vorsitzende: Schernoff-Kiew, Sonnenburg.

Nachdem Robin-Lyon seine Methode der Klumpfussbehandlung (Osteotrypsie mit dem Osteoklasten und eventuell noch Osteotomie) bei Erwachsenen (35 geheilte Fälle) demonstrirt hat, spricht

Calot-Berk sur Mer: **Ueber die Behandlung des Malum Potti und der schweren Skoliosen.**

Nachdem er die Schwächen der bisherigen Methoden in der Behandlung des Malum Potti auseinandergesetzt hat, nachdem er gezeigt hat, dass auch ein vollkommen abschliessender Gipsverband nicht im Stande sei, den Fortschritt der Gibbosität zu hindern, kommt er zu seiner Theorie, welche darin besteht, dass man die Compressionsulceration der erkrankten Wirbel verhindert, d. h. ein Redressement der Wirbelsäule ausführt. Dieses Redressement musste einzeitig sein, damit der die Stellung garantirende Gypsverband nicht erneuert zu werden braucht. Calot hat seine Behandlung jetzt so vereinfacht, dass das Redressement in einigen Secunden vor sich geht und von ihm als unschädlich dargestellt wird. Das Redressement wird ausgeführt unter einer Gewichtstraction von 30 bis 80 kg und gleichzeitigem seitlichen Druck zu beiden Seiten der Dornfortsätze. Ohne Erschütterung befindet sich sofort der kleine Patient in seiner redressirt normalen Stellung, währenddem der Gipsverband angelegt wird.

Die Grenzen des sofortigen Redressements sieht Calot in Folgendem. Ist die Gibbosität sehr umfangreich, so rathen einige

Chirurgen gänzlich von dem Redressement ab. Calot dagegen, um eine weitere Verbiegung hintan zu halten, versucht ein partielles Redressement. Hierzu sind leichte und sicher unschädliche Manipulationen nöthig; er lässt einige Monate später eine zweite und dritte Correction folgen. So hat er bemerkenswerthe Besserungen erzielt. Als anatomische Unterlage der Stabilität seiner Resultate weist Calot auf die Knochenneubildungen hin, welche spangenartig in Länge von 1 bis 1½ cm die auseinander gewichenen Wirbel in der neuen Situation fixiren. Diese Knochenreparation lässt sich leicht durch die Radiographie bestimmen und ist dies aus den vorgezeigten Photogrammen ersichtlich; weil aber diese Knochenneubildung ihre Grenzen hat, unterlässt Calot bei sehr ausgedehnten Gibbositäten das sofortige Redressement in einer Sitzung. Dagegen warnt Calot vor der Correction alter ankylosirter Gibbositäten; diese seien eher Gegenstand eines operativen Vorgehens, wie er dies in seiner ersten Publication gezeigt hat.

Bei 204 Redressements hat Calot zwei Kinder verloren in den ersten Tagen nach dem Redressement; eins an Bronchopneumonie und zwei an Meningitis in den folgenden 3 bis 4 Monaten. Zwei Senkungsabscesse traten auf, während andere bestehende Abscesse sich resorbirt haben.

Jetzt versucht Calot zuerst vor dem Eingriff die Senkungsabscesse zu beseitigen. Das Vorhandensein einer Paralyse ist eher Indication als Contraindication für das Redressement. Von 8 Kindern mit Paralyse wurden 6 in den ersten 10 Tagen nach der Operation geheilt. Bei den anderen zweien war die Operation ohne Einwirkung. 20 operirte Kinder gehen gerade; erst nachdem durch die Radiographie die neue Consolidation nachgewiesen ist, wird dies gestattet; es kann dies bis 18 Monate dauern. Mit dieser Methode ist es möglich, schliesst Calot, eine vollkommene Heilung ohne Deformität kleiner Gibbositäten und eine bemerkenswerthe Correction grosser und alter Formen zu erzielen.

Jonnesco-Bukarest hat bei seinen 13 Operationen von Gibbositäten nach der Calot'schen Manier einige Modificationen angewendet. Jonnesco verwendet statt der manuellen forcirten Extension mechanische Hilfsmittel; statt der dicken Watteschicht verwendet Jonnesco beim nachfolgenden Gipsverband ein Flanellhemd. Die Chloroformnarkose soll nur zum Redressement angewendet werden und braucht auf die Anlegung des Gipsverbandes nicht ausgedehnt zu werden. Kleinere Gibbositäten können ohne Chloroform operirt werden. Von 13 Fällen starben 4.

Redard-Paris hat 32 Fälle von Gibbosität der Wirbelsäule der forcirten manuellen oder instrumentellen Behandlung unterworfen. Redard ist für die principielle Annahme des Redressements unter Chloroformnarkose. Unter den 32 Beobachtungen erfolgte in keinem Falle eine Complication; nur in 6 Fällen litt die Haut etwas in der Gegend des Gibbus durch den Gipsverband. In der Regel sollen Senkungsabscesse vor der Reduction durch Jodoforminjection u. s. w. zuerst zur Resorption gebracht werden. In allen Fällen verschwanden nach dem Redressement die Schmerzen und der allgemeine Zustand besserte sich. Redard schreibt diese gute Statistik zum grössten Theil der sorgfältigen Auswahl der Fälle zu; nur mittelstarke frische Gibbositäten wurden zurückgebracht unter Aufwendung geringer Kraftmittel; abgewiesen hat Redard alte ankylosirte Fälle mit thoracischen Deformitäten und grossen, kalten Abscessen. Ueber die Fernresultate kann Redard noch nichts Sicheres für alle Fälle aussagen, da sie zum Theil erst kürzlich operirt sind. In 6 ziemlich ausgedehnten Fällen hat sich die Wirbelsäule im redressirten Zustand fixirt; in 3 Fällen zeigte sich, nachdem der Gipsverband 2 Monate nach dem Redressement abgenommen wurde, wieder eine kleine Vorbuchtung; diese Recidive wurden einer erneuten Reduction unterworfen.

Dolega-Leipzig: Ueber die Principien der modernen Skoliosenbehandlung.

Die kindlichen Skoliosen, sowohl habituelle als constitutionelle, stellen Belastungsdeformitäten dar, entstanden auf Grund einer abnormen Plasticität der Knochen. In der Therapie dieser Zustände unterscheidet Dolega 4 Gruppen: I. Allgemeine und specialisirte Gymnastik in Verbindung mit Massage, II. Suspension, III. Das methodische Redressement, IV. portative Stützapparate.

Le Dentu: Demonstration von neuen Instrumenten zur Uranostaphylorrhaphie.

Stolper-Königshütte: Ueber traumatische Blutungen in und um das Rückgrat.

20 vom Redner obducirte Fälle sowohl, wie die Sectionsprotokolle vieler früher im Knappschaftslazareth Königshütte beobachteter tödtlicher Fälle incl. 94 Krankengeschichten über Wirbelluxationen und Fracturen repräsentiren die Grundlage seiner Erfahrungen. Nach diesen liegt die Vermuthung nahe, dass manche sicher auf ein Trauma zurückführbare Rückenmarksleiden, besonders solche, die dem Symptombilde der Syringomyelie verwandt sind, mit einer primären Haematomyelie begonnen haben.

Sitzung am Dienstag, den 24. August, Vormittags. In der Kaiserlichen Universitätsklinik des Herrn Prof. Bobrow.

Lorenz-Wien: Demonstration seines unblutigen Verfahrens der Reposition der congenitalen Hüftgelenksluxation.

Holländer-Berlin demonstrirt an einer Patientin mit ausgedehntem Gesichtslupus sein neues Verfahren mit Heissluftcauterisation.

Nachmittagssitzung, combinirt mit der Section der nervösen Krankheiten.

Vorsitzende: Bottini, Mergejewski.

v. Bergmann: Gehirnchirurgie bei Tumor cerebri.

Nach einem historischen Ueberblick über die einzelnen Phasen der Gehirnchirurgie wendet sich v. Bergmann zu der modernsten Seite derselben, der Probeeröffnung der Schädelhöhle, welche eigentlich erst durch die Anwendung der Doyen'schen Instrumente in der Weise ermöglicht wurde. In den letzten 3 Jahren hat v. Bergmann bei Verdacht auf Gehirntumor 6mal das Schädelinnere in grösserer Ausdehnung freigelegt; 5mal, ohne den Tumor zu finden; in dem 6. Falle, bei welchem der Tumor gefunden wurde, war es unmöglich, denselben radical zu entfernen. Die Gefahren und Complicationen bei Gehirnoperationen sind zahlreich; ausser den gewöhnlichen eventuellen Operationsgefahren, welche vermieden werden können (Infection und Haemorrhagie) kommen noch eine Reihe anderer Complicationen in Betracht:

1. Der Shok; unter 75 Operirten erlagen dem Shok 14 unmittelbar während oder nach der Operation.

2. Die postoperatorische Epilepsie; man operirt die Jackson'sche Epilepsie wegen der Voraussetzung einer Gehirnschädelnarbe; eine solche schafft man jedoch bei jeder Gehirneröffnung.

3. Der frische Hirnprolaps; derselbe ist in manchen Fällen nicht zu bekämpfen und kann zum Tode führen; den zurückgeklappten Knochenlappen hebt derselbe in die Höhe und die Punction des Seitenventrikels braucht nur vorübergehend das Zusammenfallen des Prolapses zu veranlassen.

4. Die postoperatorische Hemiplegie. Unter den beiden Fällen, die Doyen gestern in der Klinik operirt hatte (2 Fälle von Hirntumor, in beiden der Tumor nicht auffindbar), zeigt einer die Zeichen der Hemiplegie. v. Bergmann hat unter seinen 50 Hirnoperationen diese Hemiplegie oft gesehen. Auf Grund dieser Thatsachen verwirft v. Bergmann nicht die Operation im Allgemeinen, aber er will nur die complicirenden Gefahren gekennzeichnet haben.

Bisher ist in 27 Fällen ein Gehirntumor mit Erfolg entfernt worden, während in 72 Proc. aller Fälle der Tumor nicht gefunden ist. In diesen 27 glücklichen Fällen sass der Tumor ziemlich constant an der Centralwindung. In diesen Fällen handelt es sich um eine lückenlose und classische Diagnose. Daher ist für v. Bergmann die Hirnchirurgie eine Chirurgie der Centralwindung des Gehirns. Ein Fall zeigt dieselben Symptome wie der andere. Als Prototyp führt v. Bergmann den Verlauf eines metastatischen Centralwindungskrebses (nach Carcinoma recti) an. Zuerst Sensibilitätsstörungen in der linken Hand. Taubsein. Trommeln im linken Zeige- und Mittelfinger. Fingerkrämpfe, häufig sich wiederholende Anfälle. Dann Zucken im Unter- und Oberarm. Dann Armlähmung, die mehrere Male zurückgeht, um endlich constant zu werden. Dann Zuckungen im Facialisgebiet, dann Parese, dann Lähmung. So ist der Verlauf meistens, nur dass es auch in der grossen Zehe beginnen kann. v. Bergmann kann Bruns' Ansicht bestätigen, dass der Tumor, der die sicherste Diagnose gibt, auch die günstigste Prognose bietet. Nur die Tumoren des Kleinhirns, welche ziemlich sicher zu diagnosticiren sind, setzen der operativen Entfernung grosse Schwierigkeiten entgegen. Desshalb betrachtet v. Bergmann mit Oppenheim die Kleinhirntumoren nicht als Gegenstand operativer Encheirese. Dagegen hat Durante neuerdings mit Erfolg die Basistumoren und namentlich die Tumoren der mittleren Schädelhöhle angegriffen. v. Bergmann hofft von der weiteren Ausbildung dieser Methode bessere Erfolge.

A. Voisin-Paris hat mit Erfolg einen Fall von Jackson'scher Epilepsie bei einem 20jährigen jungen Manne durch Craniectomie geheilt.

H. Oppenheim beleuchtet die Schwierigkeiten der diagnostischen Seite der Gehirnchirurgie. Die mangelhaften Resultate beruhen seiner Ansicht nach nicht auf der chirurgischen Technik, sondern auf Fehldiagnosen. H. Oppenheim fixirt in längerer Auseinandersetzung die einzelnen diagnostischen Mittel bei den verschiedenen Formen der Erkrankung, namentlich auch mit Hinsicht auf die Resultate der Lumbalpunction.

Doyen-Paris demonstrirt sein Instrumentarium und seine Methode, mittels welcher er die eigentliche Knochenvoroperation in kürzester Zeit (einige Minuten) erledigt; Anlegung von fünf Löchern, welche durch die elektrische Rundsäge zu einer grossen Oeffnung vereinigt werden.

Lavista-Mexiko spricht sich hauptsächlich für Beschränkung des operativen Eingriffes bei Affectionen der Roland'schen Zone aus.

Lucas-Champonnière-Paris verfügt über ein persönliches Material von 66 Hirnoperationen ohne traumatische Veranlassung und 20 Trepanationsfällen bei Schädelfracturen. In den Fällen von Jackson'scher Epilepsie waren meist bereits Störungen entfernter motorischer Centren vorhanden; dreimal verursachte die Epilepsie Tumoren der Schädelkapsel. Einen noch grösseren diagnostischen Werth als auf die localisirte Epilepsie legt Lucas-Championnière auf die Paralyse und Contractur.

Jonnesco-Bukarest: **Ueber die temporäre Hemicraniectomie.**

Jonnesco hat die von Doyen 1895 angegebene Methode mit dessen Instrumentarium unter einigen Modificationen seit dem letzten Jahre bei 7 Kranken (einmal doppelseitig) angewendet. 1. Fall von Mikrocephalie, 1 Imbecillität, 3 essentielle Epilepsien, zweimal Idiotie und Mutismus bei Zwillingen. Kein operativer Todesfall; in einzelnen Fällen Besserung. Interessant ist die Krankengeschichte der Zwillinge. Hereditäre Belastung; beide Brüder bekommen gleichzeitig im Alter von 30 Jahren Delirien, Suicidiumversuche; consecutiver Mutismus. Hemicraniectomie beider an aufeinanderfolgenden Tagen. Die Intelligenz beider kehrt nach einigen Tagen zurück; beide sprechen, keine Paralyse und keine Sensibilitätsstörung. In seinen Fällen der essentiellen Epilepsie bestand ein Oedem der Gehirnoberfläche; der Sectionsschnitt in die Dura mater hat eine Decompression des Gehirns zur Folge und erklärt sich Jonnesco dadurch die Besserungen.

D'Antona bespricht die 47 von ihm ausgeführten Operationen wegen Epilepsie; er demonstrirt einen kleinen Apparat zur topographischen Bestimmung der Centralwindung.

Kocher statuirt einen Unterschied zwischen den zurückbleibenden **Narben bei Gehirnoperationen** und bei den Narben, die zur Jackson'schen Epilepsie Veranlassung gaben. Unter seinen 18 Fällen von Gehirnoperationen hat keiner Epilepsie bekommen; er sieht auch den Grund zur Epilepsie nicht in der Narbenadhaerenz selbst, sondern in der consecutiven Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit und der Serosität.

Kocher hat 4 genuine Epilepsien operirt, 1 geheilt. Von 15 traumatischen Epilepsien sind 6 dauernd geheilt (3—7 Jahre beobachtet). 5 Fälle sind sehr gebessert längere Jahre hindurch. In 1 Falle haben die Anfälle aufgehört, aber die Idiotie hat zugenommen Die besten Chancen geben Hirncysten, wenn man sie dauernd bis zur Vernarbung drainirt.

Sitzung am Mittwoch, den 25. August.

Vorsitzende: Kocher, D'Antona.

Dollinger-Budapest: **Das Princip der Construction von Verbänden und Prothesen bei tuberculöser Erkrankung der Knochen und Gelenke.**

Dollinger erläutert an der Hand von Photographien die Anwendung seiner Apparate. Im Wesentlichen hat er die frühere Distractionsmethode zu Gunsten der vollkommenen Immobilisirung verlassen.

Hoffa demonstrirt seine Modificationen Hessing'scher Corsette. Hoffa spricht sich für die Modellirung der Apparate am Körper selbst aus, und zwar soll dies vom Arzt und nicht vom Bandagisten geschehen.

Sematzky: Ueber die Serotherapie maligner Geschwülste.

Die Serotherapie wurde in 22 Fällen maligner Geschwülste angewendet; die Resultate durchaus negativ; in einzelnen Fällen wurde ein sicherer Schaden constatirt. Sematzky protestirt gegen die Serumbehandlung, da er oft sofort im Anschluss an die Injection stürmische und gefährliche Erscheinungen gesehen hat.

Pablowski-Kiew: hat in 2 Fällen eine Besserung nach Serumbehandlung constatirt.

Katschanovsky-Petersburg hat namentlich **tuberculöse Ulcerationen** nach vorhergegangenem Curettement mit einer Schicht übermangansaurem Kali bedeckt und dadurch Heilungen erzielt. 30 Fälle von Hauttuberculose hat er seit 1878 mit dem Mittel erfolgreich behandelt.

Holländer-Berlin: **Ueber Heissluftcauterisation, besonders bei Lupus vulgaris.**

Holländer hat seit circa 2 Jahren eine Methode der Heissluftbehandlung geübt. Er bedient sich zur Heissluftbehandlung eines kleinen Apparates, durch welchen er trockene Luft von circa 300° concentrirt, graduirt und dosirt auf die Haut appliciren kann. Ausser bei phagedänischen Geschwüren und zur Haemostase hat Holländer die Methode bisher hauptsächlich bei Lupus angewendet. Der principielle Unterschied zwischen dem Paquelin und der Heissluftmethode beruht in Folgendem: Der Paquelin zerstört mechanisch-thermisch durch den Contact gesundes oder krankes Gewebe, je nachdem er mit diesem in Berührung kommt. Bei der Heissluftmethode fehlt die mechanische Contactwirkung; das Gewebe kann allmählich und gleichmässig bis zur Verkohlung erwärmt werden. Der Schwerpunkt der Methode beruht jedoch nicht in der absoluten Verkohlung, sondern in der relativen Verschorfung. Das gesunde Zwischengewebe zieht sich durch die Hitze zurück unter vollkommener Ischaemie, und wird ganz weiss. An dieser Gefässcontraction und Blutleere können sich die gefässlosen resp. gefässarmen, lupösen Theile nicht betheiligen; sie prominiren in Folge dessen und werden am intensivsten durch den Heissluftstrahl getroffen. Bei der relativen Verschorfung erholt sich nach einiger Zeit durch die wiederhergestellte Blutcirculation das gesunde Zwischengewebe zum Theil, während das lupöse Gewebe nekrotisch sich abstösst. Auf diese Weise kann man einen ausgedehnten Gesichtslupus behandeln ohne Narbencontracturen, da handflächengrosse Stellen sich durch Epidermisirung aus dem Centrum her rapide überhäuten. Bei der relativen Verbrennung sind meistens wiederholte Ueberbrennungen erforderlich, um das Gewebe ganz tuberkelfrei zu machen; es sind aber mit der Methode noch solche Fälle mit Erfolg zu behandeln, welche seit Decennien Lupus des ganzen Gesichts haben. An der Hand zahlreicher Photographien demonstrirt Holländer seine Resultate. Ganz monströse Formen wurden in kurzer Zeit erheblich gebessert; handgrosse Flächen sind seit circa einem Jahr recidivfrei; Holländer empfiehlt seine Methode namentlich auch bei alten und sehr ausgedehnten Fällen.

Schulze-Duisburg: **Behandlung des Gesichtslupus** vermittels der radicalen Exstirpation und nachfolgender Transplantation nach Thiersch; Schulze behandelt auch solche Fälle noch mit Exstirpation, in denen die Nase, Augenlider, Ohren Sitz des Lupus sind; grössere plastische Operationen räth er, vor der Entfernung des Lupus auszuführen; seine plastischen Methoden demonstrirt er an der Hand von Zeichnungen. Bei Lupus des Naseninnern spaltet er die Nase in der Mitte zur Entfernung der kranken Schleimhaut.

V. Ménard-Berk sur mer: **Conservative und operative Behandlung der Coxalgie.**

Im Hôpital Maritime de Berk befinden sich in der Regel 120 bis 150 Patienten mit Coxitis. Von 1894—1897 wurden 650 Fälle behandelt mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von einem Jahr. 261 Kinder zeigten die trockene Form; meistens kamen diese in dem zweiten oder dritten Grade (Contracturen und Hochstand der Trochanteren) zur Behandlung. Die trockene Form wurde stets conservativ behandelt (manchmal Osteotomia subtrochanterica), Extension in leichteren, absolute Immobilisation in schwereren Fällen. In der Reconvalescenzzeit marschiren die Kinder in immobilisirenden Verbänden. 108 Fälle kamen mit geschlossenen Abscessen; Behandlung mit Kampher-Naphtolinjectionen; 94 mal heilte der Abscess nach 2–10 Einspritzungen; 6 mal blieb eine Fistel; 8 mal musste bei diesen Kindern die Hüfte resecirt werden mit Heilung per primam, ohne Drainage in 7 Fällen. Im 8. Fall erfolgte die Heilung nach einer 5 monatlichen Fistelperiode. 146 Fälle kamen mit Fisteln in das Hospital, hiervon heilten 35 in Berk spontan; 27 Fälle kamen bereits resecirt nach Berk, 7 davon geheilt, 19 behielten Fisteln; 74 mal wurde wegen fistulöser Coxitis in Berk die Hüftgelenksresection ausgeführt. Hiervon heilten ohne Fisteln 34, 14 verliessen das Hospital mit Fisteln, 3 Todesfälle.

Von den 615 Coxalgien 1892—1897 starben 9 ohne Operation (3 Meningitis, 2 Tuberculosis viscerum, 4 Kachexien), 13 mit Operation, 2 Meningitis, 2 Kachexien, 5 Tuberculose der Eingeweide, 4 Shoks.

Complicationen: 10 Fälle von doppelseitiger Coxitis, Coxitis und Kniegelenkstuberculose.

Zabludowsky-Berlin: **Bemerkungen zur Massagetherapie.**

Zabludowsky plädirt dafür, dass die Massage von den Aerzten selbst ausgeführt wird und nicht von dem Wartepersonal. Erfolge erzielte er bei peripheren Circulationsstörungen, venösen und Lymphstasen, localer Synkope der Arteriosklerotiker; bei Affectionen aus den Grenzgebieten der Chirurgie und inneren Medicin: Obstipationen, Enteroptosen, Adhaesionen, Spasmen, Residuen perityphlitischer Exsudate (!), narbigen Pylorusstenosen; bei Hämorrhoidalerkrankungen, Prostata und gynäkologischen Erkrankungen. Frühmassage ist zu vermeiden bei Distorsionen und Knochenbrüchen, hier sind zuerst fixirende Verbände am Platz.

Lucas-Championnière-Paris: **Behandlung von Fracturen ohne Immobilisation mit sofortiger Massage.**

Behandelt wurden mit Erfolg 40 Clavicularfracturen, 19 Fracturen des Humerus, 5 Fracturen des Olecranon, 47 Fracturen des Radius.

Djemil-Pascha-Constantinopel: **Ueber die Arteriennaht.**

Beobachtungsmaterial 2 Fälle von Verletzung der Arteria axillaris. Djemil bediente sich mit Erfolg der Murphy'schen Invaginationsmethode.

Dr. **M. Levy**-Berlin, Ingenieur, berichtet über Vervollkommnung der **Röntgentechnik** in photographischer Beziehung; nach seinen Ausführungen ist es jetzt möglich, gute Aufnahmen in dem etwa 20. bis 25. Theil der bisherigen Expositionszeit zu erzielen; der wesentliche Vortheil beruht in den vom Vortragenden erfundenen Specialplatten; diese sind doppelseitig begossen und viermal so empfindlich, als die bisher verwandten. Die hierbei früher auftretende Kornbildung vermeidet jetzt Levy gänzlich. Zum Schluss machte Levy eine Demonstrationsaufnahme eines Brustkorbes in 30 Secunden, dessen gutes Resultat er in der Nachmittagssitzung demonstrirte.

Sectionen für Hygiene und Kinderkrankheiten.

Referent: Dr. Wolfheim-Berlin.

Vereinigte Sitzung am 10./22. August 1897.

Dr. **Pauli**-Lübeck: **Ueber den Einfluss der Schularbeit auf Gesundheit und körperliche Entwickelung der Kinder.**

Vortragender gibt eine zusammenfassende kritische Uebersicht über das auf diesem Gebiete bisher Geleistete, sich ausschliesslich auf die Erkrankungen beschränkend, an denen die Schule direct Schuld hat. Nach kurzem geschichtlichen Rückblick, hervorhebend, dass die «Ueberbürdungsfrage der Schulkinder» eine sehr alte ist, da bereits im Mittelalter Klage hierüber geführt wird, bespricht er die Schulkrankheiten (Verkrümmungen der Wirbelsäule, Kurzsichtig-

keit, Kreislaufstörungen, sowie die durch Ueberbürdung hervorgerufenen Zustände) im Einzelnen und weist darauf hin, dass bei allen diesen Zuständen nicht immer mit Recht die Schule allein als Urheberin anzuklagen ist, sondern dass oft die im Elternhause betriebenen Nebenfächer (Klavierspielen, Nähen, Sticken, Malen, Brennen u. s. w.), die den Geist der jugendlichen Individuen ebenso anstrengen wie die Schulstunden, an dem Entstehen dieser Erkrankungen mitschuldig sind. Es müssen daher zunächst auch die Eltern dringend auf diesen Punkt hingewiesen werden. Nun, es steht aber doch auch ebenso fest, dass an vielen Orten der unzweckmässige Lehrplan diese Schulkrankheiten mit verschuldet, besonders was Kurzsichtigkeit und die durch Ueberanstrengung hervorgerufenen Störungen (Blässe des Gesichts, Abmagerung, Müdigkeit, Appetitlosigkeit u. a. m.) betrifft. Gestreift wird die noch nicht ganz entschiedene Frage der Schriftlage (zu verwerfen ist die bisher übliche Schrägschrift bei schräger Rechtslage des Heftes); wird auf die Thatsache hingewiesen, dass die Myopie in den Schulen steigt mit der Arbeitslast (1 Proc. in Dorfschulen, 10 Proc. in Mittelschulen, 28 Proc. auf Gymnasien), dass nach den Untersuchungen Bürgerstein's eine Stunde für jüngere Kinder eine zu lange Unterrichtsdauer ist, sowie dass nach Stresbach und Friedrich eine zweistündige Mittagspause nicht genügt, um die durch den Vormittagsunterricht hervorgerufene Uebermüdung des Schülers zu beseitigen. Daher Erholungspausen von genügender Dauer zwischen den einzelnen Stunden, Verkürzung dieser selbst, Fortfall des Nachmittagsunterrichts!

Es wird mitgetheilt, dass im Lübecker Gymnasium (»Katharineum«) dies durchgeführt ist, indem hier die Lehrstunde auf 45 Minuten seit 1883 festgesetzt ist, mit vorausgehender Erholungspause von 10 Minuten, kein Nachmittagsunterricht.

Pflege des Turnens (auch dies erfordert meist geistige Anstrengung), Turnspiele an ein oder zwei freien Nachmittagen, Leibesübungen jeder Art: Radfahren, Schwimmen, Schlittschuhlaufen). Ferien ohne Ferienaufgaben und dergleichen mehr sind unerlässlich.

Zur Durchführung aller einschlägigen Maassnahmen und Ueberwachung derselben ist anzustreben, dass jede Schule einem Schularzte unterstellt wird, welcher kein beamteter Arzt zu sein braucht. Ausserdem aber ist dringend zu empfehlen, dass die Lehrer in der Schulhygiene unterwiesen werden.

Vortragender schliesst mit den Worten Kräpelin's: Arzt und Schulmann werden zusammenzuwirken haben, der Eine, indem er die Schäden und ihre Ursachen aufdeckt und die Grundzüge einer körperlichen und geistigen Schulhygiene klarlegt, der Andere, indem er die allgemeinen Forderungen der Wissenschaft im Getriebe des Unterrichts verwirklicht und in erzieherische That umsetzt. (Autorreferat.)

Section für Gynäkologie.

Referent: Dr. Edm. Falk-Berlin.

(Fortsetzung.)

In seinem Vortrage über die Erweiterungen der Indicationen der **Sectio Caesarea** führt **Olshausen** aus, dass für die relative Indication, welche man bisher vornahm, wenn das Interesse für das Leben des Kindes die Operation veranlasste, in den letzten Jahren wesentlich weitere Grenzen gezogen wären und mit Recht. Denn da die Gefahren des Kaiserschnittes so wesentlich geringer geworden wären, so ist auch bei einer relativen Indication die Prognose für die Frau häufig günstiger, als wenn wir die natürliche Entbindung abwarten oder eventuell eine anderweitige künstliche Entbindung vornehmen.

Wann aber soll man den Kaiserschnitt vornehmen? Wenn möglich, nachdem die Wehenthätigkeit einige Stunden im Gange ist, bei einer drohenden Gefahr soll man aber auch während der Schwangerschaft operiren. In Bezug auf die Technik ist von Wichtigkeit, dass man möglichst vorher den Sitz der Placenta bestimmt, um eine Verletzung derselben zu vermeiden. Gelingt dieses nicht, so schneidet Olshausen am Fundus ein und verlängert alsdann, je nach dem Sitz der Placenta den Schnitt nach vorn oder hinten. Nach Extraction des Kindes und Entfernung der Placenta wird die Innenfläche des Uterus unberührt gelassen, insbesondere sollen keine Versuche gemacht werden, die Decidua zu entfernen. Um ein Absterben des Kindes zu verhüten, hat Olshausen in den letzten Jahren von der Umschnürung der Cervix mit einem elastischen Schlauch Abstand genommen und lässt nur nach Extraction des Kindes die Cervix durch den Assistenten comprimiren.

Die Naht führt Olshausen, wie bei fast allen gynäkologischen Operationen mit Catgut aus, ohne dass er je einen Nachtheil von dieser Nahtmethode sah, im Gegentheil, bei 5 Wiederholungen von Kaiserschnitten konnte er sich überzeugen, dass die Heilung in vollkommenster Weise zu Stande gekommen war.

Seit 1888 hat Olshausen unter 30 Kaiserschnitten denselben 29 mal bei 24 Frauen wegen verengten Beckens gemacht, von den Frauen sind nur 2 gestorben, die Kinder konnten alle lebend entwickelt und 26 lebend aus der Klinik entlassen werden. Auffallend erschien Olshausen, dass die meistens sehr kleinen Frauen, welche sich dem Kaiserschnitt unterwerfen mussten, häufig relativ grosse Kinder hatten, so war das Durchschnittsgewicht der Kinder von 20 rachitischen Müttern 3316 g. Weiter verzeichnet Olshausen, dass die Reconvalescenz nach dem Kaiserschnitt gewöhnlich nicht fieberfrei ist, nur 4 Frauen hatten Temperaturen stets unter 38, aber auch der Puls ist stark beschleunigt, so dass eine anhaltende Pulsfrequenz über 120 nicht zu den Seltenheiten gehört. Vielleicht lässt sich dieses Verhalten durch adhaesive Peritonitis erklären, von deren Entwickelung er sich bei der Wiederholung des Kaiserschnittes durch das Bestehen von Adhaesionen überzeugen konnte. Das Allgemeinbefinden der Frauen war trotzdem während der Reconvalescenz stets ein gutes. Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Olshausen zu folgenden Schlüssen:

1. Bei der jetzt verbreiteten Sicherheit des Kaiserschnittes hat die absolute Indication für denselben an Ausdehnung gewonnen
2. Auch die relative Indication verdient aus denselben Gründen grössere Ausdehnung.
3. Aus gleichen Gründen soll man auch bei directer Gefahr (Eklampsie etc.), falls es keine schonendere Entbindungsart gibt, die Sectio caesarea ausführen.
4. Die Symphyseotomie scheint noch nicht die technische Sicherheit gewonnen zu haben, wie der Kaiserschnitt, der eine einfache Operation ist.

In der Discussion betont Leopold, welcher in 14 Jahren 93 Kaiserschnitte ausführte, davon 67 conservative, 26 nach Porro, dass er im Allgemeinen die Einleitung der künstlichen Frühgeburt für den praktischen Arzt zweckmässiger erachtet, als die Ausführung der Sectio caesarea, welche er nicht für eine so einfache Operation hält; er verlor 8 Frauen (8,6 Proc.). Auf dem gleichen Standpunkt steht Zweifel, welcher in 10 Jahren 55 Kaiserschnitte mit nur einem Todesfall machte. Trotzdem hält er die Gefahren dieser Operation für grösser, als die der Symphyseotomie. v. Ott räth, ohne Abwarten der Wehenthätigkeit möglichst frühzeitig und zwar ohne jede präventive Blutstillung, zu operiren.

Nachmittagssitzung am 21. August 1897.

Leopold macht eine kurze Mittheilung über die Bildung der intervillösen Räume in der Placenta, welche seine Ausführungen auf dem Leipziger Gynäkologencongress dieses Jahres ergänzt.

Alsdann gibt **La Torre**-Rom eine neue Classification der anormalen Becken, welche er nach der Form des Beckeneinganges eingetheilt wissen will.

Diese anatomisch-pathologische (morphologische) Eintheilung der Beckenanomalien La Torre's ist folgende:

Transversal ovale Becken (der gerade Durchmesser ist verkürzt), sie finden sich bei mangelhafter Entwickelung oder rachitischer Veränderung der Beckenknochen, bei doppelseitiger Hüftgelenksluxation.

Schräg ovale Becken (einer der beiden schrägen Durchmesser ist verkürzt), bei mangelhafter Entwickelung der Symphysis sacroiliaca der einen Seite, bei Verletzungen einer Extremität, bei Skoliose.

Gerade ovale Becken (der quere Durchmesser ist verkürzt), bei mangelhafter Entwickelung des ganzen Beckens, der beiden Sacroiliacalgelenke, bei Kyphose, Spondylolisthesis.

Triangulăre Becken (dreieckige Becken, mehrere Durchmesser sind verkürzt), bei excessiv rachitischen Veränderungen, bei Osteomalacie.

Atypisches Becken (mehrere Durchmesser sind verkürzt). Einfache oder complicirte Verletzungen der Wirbelsäule, skoliorachitische, kyphorachitische Veränderungen, Eiterungen oder Fracturen der Wirbel oder des Beckens, Offensein der Symphyse.

Ueber die chirurgische Behandlung der Peritonitis.

Als erster Redner fordert v. Winckel eine ausgedehntere chirurgische Behandlung der von den weiblichen Sexualorganen ausgehenden allgemeinen Peritonitis. Man unterscheidet tuberculöse, gonorrhoische, postoperative, puerperale Peritonitiden und endlich diejenigen, welche durch Berstung sexueller Organe (Ovarialabscesse etc.), durch Verjauchung von Haematomen oder Echinococcen, endlich durch Torsion oder Gangraen von Myomen oder Ovarialtumoren entstehen. — Bei der tuberculösen und der Perforationsperitonitis ist die operative Behandlung schon längst anerkannt. Es bleibt vor Allem die puerperale Peritonitis umstritten. — Seine Schlüsse sind folgende:

1. Die tuberculöse Peritonitis. Hierbei tadelte Redner, dass so häufig Fälle als geheilt publicirt werden, die häufig erst ein halbes Jahr beobachtet sind. v. Winckel beobachtet selbst Fälle, in denen noch 5 Jahre nach der Operation wieder Tuberculose sich entwickelte, ferner sind sicher viele operirte Fälle als tuberculöse beschrieben worden, welche zweifellos nicht in diese Kategorie gehören. Die vaginale Coeliotomie eignet sich nicht für die tuberculöse Peritonitis, weil der Einschnitt, der von der Vagina aus gemacht werden kann, viel zu klein ist, sie ist allein durch die Coeliotomia abdominalis heilbar, bei der der Schnitt durch den Rectus 10 bis 20 cm lang gemacht werden muss.

2. Die gonorrhoische Peritonitis — deren Vorhandensein v. Winckel als sicher annimmt — erzeugt weder ausgedehnte Exsudate, noch sehr drohende Symptome, sie bedarf daher im allgemeinen keiner operativen Behandlung. Nur bei vorhandenen grösseren Pyosalpinxsäcken ist die Coeliotomia abdominalis, bei kleineren die Coeliotomia vaginalis angezeigt. Bei gonorrhoischer

Perforationsperitonitis muss stets die Coeliotomia abdominalis gemacht werden.

3. Die postoperative Peritonitis indicirt die theilweise Wiedereröffnung des ursprünglichen Wundweges mit sorgfältiger Entleerung des Eiters. Keine Ausspülungen, hingegen Drainage erforderlich. Eine Patientin mit Prolaps und Retroflexio wurde mittels Colpotomia anterior operirt, als Winckel hinten den Uterus ablöste, quoll äusserst übelriechender Eiter hervor, in dem ein abgekapselter Spulwurm nachgewiesen werden konnte.

Am nächsten Tage Temperatursteigerung, am zweiten Tage fulminante Peritonitis. Die Section ergab, dass beim Loslösen des Uterus wahrscheinlich der Darm perforirt war. In diesem Falle wäre eine Eröffnung des Leibes durch Coeliotomia abdominalis indicirt gewesen, so dass der Satz, dass der ursprüngliche Wundweg eröffnet werden soll, nicht stets Geltung hat.

4. Die puerperale diffuse Peritonitis. Wie soll man in diesen Fällen operativ verfahren, sollen die Därme eventrirt werden, sollen Ausspülungen gemacht werden, soll die Bauchhöhle geschlossen werden. Alle diese Fragen sind noch nicht gelöst. Nach dem sehr kleinen Beobachtungsmaterial, das bis jetzt vorliegt, sollte die puerperale diffuse Peritonitis operirt werden, sobald das eitrige Exsudat beträchtlich ist, Pleura und Pericardium aber noch frei sind. Der Einschnitt muss in grosser Ausdehnung durch die Bauchdecken gemacht werden. Drainage ist unerlässlich, eine Ausspülung wird von den meisten Operateuren gemacht.

5. Die Perforationsperitonitis kann nur durch einen operativen Eingriff (Coeliotomia abdominalis) geheilt werden. Hierbei muss das geborstene oder verjauchte Organ mit entfernt werden.

Cristovich (Salonichi) kommt auf Grund von 3 klinischen Beobachtungen zu dem Schluss, dass die acute eitrige Peritonitis so schnell wie möglich operirt werden sollte. Probepunction muss, um die Art der Peritonitis festzustellen, der Operation vorangehen. Eine vollständige Heilung ist möglich, wenn die Kranken bei Zeiten zum Chirurgen kommen und dieser sobald wie möglich operirt. An der Discussion betheiligen sich Pichevin und v. Ott.

N. **Mihajlowits** bespricht die Heilung der gonorrhoischen Erkrankungen der Scheide und des Endometrium, welche er mittels Argentuminjectionen erzielte, und zwar wendet er dasselbe in Lösung von 1:3000, später von 1:2000 und nach längerer Behandlung von 1:1000 an. Bei Endometritis verwendet er eine nach Art der Bandl'schen Sonde aus Kautschuk verfertigte Sonde, welche leer in den Uterus eingeführt wird, alsdann wird im Scheidenspiegel die Argentumlösung eingegossen und diese dringt durch die Sonde in die Gebärmutterhöhle ein. Nach Herausziehen der Sonde wird die Scheide sorgfältig ausgewaschen. Mihajlowits hat so in 140 Fällen mikroskopisch festgestellte Heilung erzielt.

Marsi-Bologna beschreibt eine neue Methode zur Heilung der Cystocele, welche nach seiner Ansicht so früh wie möglich operirt werden muss, da dem Vorfall der vorderen Scheidenwand gewöhnlich sehr schnell ein Vorfall der Gebärmutter folgt, die Methode besteht darin, dass von der Scheidenwand 2 Lappen abpräparirt und sowohl an ihrer Basis, wie an ihrem freien Rande durch Naht vereinigt werden, hierbei geht kein Gewebe verloren, vielmehr wird künstlich eine neue Columna rugarum gebildet, welche der Blase Halt gewährt.

Zweitens beschreibt er einen Fall von vicariirender Menstruation bei einer jugendlichen Person, bei der im August 1896 wegen doppelseitiger Adnexerkrankung die vaginale Radicaloperation gemacht war. Seit 4 Monaten stellen sich bei ihr um dieselbe Zeit, in der früher die Menstruation eintrat, Blasenblutungen ein. Im Urin finden sich mikroskopisch zahlreiche rothe und weisse Blutkörperchen, Blasenepithelien, besonders aus den oberen Schichten, keine Cylinder oder sonstigen Nierenelemente. Ausserhalb dieser Zeit ist der Urin vollständig normal. Beschwerden irgend welcher Art bestehen nicht.

Boursier berichtet über 2 Fälle von multiloculären Ovarialtumoren, welche er und Monod beobachtet hat, in denen der Inhalt derselben zum Theil ein talgartiger, zum Theil von colloider Beschaffenheit war (Mucodermoidcysten). Beide Frauen standen in jugendlichem Alter, die Operation verlief bei beiden günstig.

Nitot-Paris empfiehlt eine abortive Behandlung der Endometritis mittels Bromdämpfen und zwar räth er, die Endometritis möglichst im acuten Stadium zu behandeln, bevor Metritis oder Salpingitis dieselbe compliciren. Zu dem Zweck bedient er sich einer gesättigten wässerigen Bromlösung, welche die Eigenschaften besitzt, dass sie sehr stark antiseptisch ist, und dass die Bromdämpfe tief in die Schleimhaut eindringen und dort ihre Wirkung entfalten.

Section für Dermatologie und Syphilis.

(Originalbericht von Dr. Sack.)

1. Sitzung am 20. August, 9½ Uhr Vormittags.

Präsident Prof. **Pospeloff** eröffnet die Sitzung und begrüsst die sehr stattliche Versammlung (über 150 Personen). Er gibt einen Ueberblick über den dermatologischen Unterricht in Moskau und die Geschichte seiner Klinik, die aus den von Herrn Sobdownikoff gespendeten Summen (500000 Fr.) erbaut ist. Zum Unterricht wird auch das Material des alten Miasnitzki-Hospital (über 400 Betten) gebraucht.

Secretär Dr. **Küsel** erstattet einen Bericht über die Vorarbeiten der Section.

Prof. **Kaposi**-Wien spricht den Dank für die vortreffliche Organisation des Congresses aus.

Prof. **Tarnowsky**-St. Petersburg gibt eine Skizze der Entwickelung des dermatologischen Unterrichts an den russischen Facultäten und geht zu seinem Thema «Ueber die Syphilis in Russland» über. Die Entwickelung und Verbreitung der Syphilis erreicht dort Dimensionen, von denen man im Westen keine Vorstellung hat. Es gibt Provinzen, in denen ganze Dörfer durchseucht sind, und wo die Zahl der Syphilitiker 2,5 Proc. der gesammten Bevölkerung übersteigt. Die Mittel zur Bekämpfung liegen beinahe ausschliesslich in den Händen der Zemstwos (Landschaften), die sich aber im Kampfe gegen die Seuche mangels der Aerzte und vermöge immenser Schwierigkeiten ziemlich ohnmächtig erweisen. Eine zweite Plage ist Lepra, welche sich in der letzten Zeit bedenklich ausbreitet (Krim, baltische Provinzen, Mittelasien, Jaffa).

Zu Ehrenpräsidenten werden gewählt: De Amicis-Neapel, Behrend-Berlin, Campana-Rom, Crocker-London, Hallopeau-Paris, v. Horn-Amsterdam, Jullien-Paris, Kaposi-Wien, Lassar-Berlin, Petrini de Galatz Petersen-St. Petersburg-Pick-Prag, Rorsolimos-Athen, Schwimmer-Budapest, Tarnowsky-St. Petersburg, Zeissl-Wien, Unna-Hamburg, Watraszewski-Warschau.

Prof. **Gay**-Kasan: **Dermatosyphiligraphie in Russland, früher und jetzt.** Bis 1848 gab es überhaupt diese Disciplin in Russland gar nicht. 1863, die ersten Anfänge des Unterrichtes machen sich bemerkbar. Eine Reihe von hervorragenden Aerzten und Lehrern, unterstützt von bescheidenen Arbeitern in der Landpraxis, haben sich um die Aufstellung so wichtiger Syphilisstatistiken verdient gemacht. Die schreckliche Verbreitung der Syphilis insontium hat die Regierung bestimmt, Dermatologie und Syphilis in die Zahl der Prüfungsfächer aufzunehmen. Das Ansehen dieses Faches ist im Wachsen begriffen, dafür spricht die grossartige Moskauer Klinik.

Hallopeau-Paris: **Ueber Toxine in der Dermatologie.** Toxine oder Gifte, die durch lebende Wesen erzeugt werden, sind an die Zellenthätigkeit gebunden. Die Producte derselben können, anstatt nach aussen eliminirt zu werden, im Organismus verweilen und ihm schaden. Sie können endogen, exogen und gemischt sein. Exogen sind Venena, Flüssigkeiten und Gewebe anderer Thierspecies oder sonstige Gifte. An der Eintrittspforte bilden sich Erythem, Vesication, Pustulation, Urticaria, Gangraen. Ihre Wirkung kann sich propagiren und generalisiren. Endogene Toxine, d. h. ohne functionelle celluläre Störungen erzeugte Gifte sind Thyroidin, Producte der Glandula suprarenalis etc., welche für Dermatologie von Wichtigkeit sind. Die weitaus wichtigsten sind die Misch-Toxine, namentlich bacteritischen Ursprungs. Das Intestinum, die Mundhöhle, der erweiterte Magen beherbergen unzählige Organismen, deren Toxine, resorbirt und an die Haut gelangend, dort sehr verschiedene scarlatiniforme, urticarielle, haemorrhagische und sogar suppurirende Eruptionen erzeugen können.

Seine Thesen illustrirt Hallopeau durch Hinweis auf verschiedene Dermatosen, deren Entstehung er in causalen Zusammenhang mit im Körper producirten toxischen Substanzen bringt.

Die Zukunft der Dermatologie gehört dem Studium dieser Substanzen und ihrer Beziehungen zu den Hautkrankheiten.

Gaucher-Paris: **Unsere Kenntnisse von der Aetiologie der Dermatosen und über verschiedene Manifestationen der Syphilis.**

Die wichtigste Errungenschaft der modernen Medicin ist die Erkenntniss der parasitären Natur vieler Krankheiten, darunter auch Dermatosen. Abgesehen von Epiphyten und Epizoën sei hier nur an Hauttuberculose, Aktinomykose, Malleus, Impetigo, Lepra, toxische Eruptionen erinnert. Toxidermen nennt sie G. Häufig schiebt sich das Nervensystem zwischen das betr. Toxin und die Hautaffection (Trophoneurosen, Pemphigus, Pruritus etc.). Aber auch durch Retention der Giftstoffe im Körper werden Toxidermien erzeugt. Redner geht auf verschiedene Repräsentanten dieser Gruppe ein.

Die durch Autointoxication entstandenen Dermatosen decken sich etwa mit den alten «diathesischen Hautaffectionen». Aus allen diesen Gründen warnt G. vor der specialistischen Bearbeitung der Dermatologie. Nur die allgemeine Pathologie, unterstützt durch Chemie, kann den Dermatologen sicher leiten.

Dasselbe gilt für die Syphilis. Denn diese Krankheit ist Krankheit totius substantiae. Es gibt kein Organ, welches nicht von Syphilis befallen werden könnte, und berücksichtigt man die Para- und Heredosyphilis, so hat man die ganze Pathologie vor sich, die nicht allein specialistisch, sondern im engsten Zusammenhang mit der ganzen Medicin in Angriff genommen werden sollte.

Lassar-Berlin: In der Vergangenheit glänzte die deutsche, speciell die Berliner Dermatologie durch keine so berühmten Namen, wie Frankreich oder England, oder Oesterreich. Um so rastloser arbeitet die Gegenwart daran, einen würdigen Platz unter anderen Schulen einzunehmen. Redner geht auf die Erwartungen ein, welche an diesen Congress geknüpft werden und erwartet eine grosse Ausbeute speciell für im Westen weniger studirte Dermatosen. Die Fortschritte der Dermatodiagnostik und Therapie werden übersichtlich vom Redner dargelegt.

Unna-Hamburg: **Ueber das Verhältniss der Mikroskopie zur Therapie.**

Specifische Mittel wirken bekanntlich beinahe so sicher wie chemische Reagentien, wenn auch die Art ihrer Wirkung gänzlich dunkel geblieben ist. Die alten wie die neuen Specifica aber bilden das Palladium des praktischen Arztes. Ganz anders steht es mit den symptomatischen Mitteln. Da ist wenigstens ein langsamer und befriedigender Fortschritt bemerkbar. Aus der detaillirten Kenntniss des Symptomes entspringt auch die langsam fortschreitende Erkenntniss des ganzen Processes. Hier bleibt das Mikroskop das Hauptmittel. So hat dieses erst erklärt, aus welchen Symptomen sich der Process des chronischen Ekzems (Parakeratose, Acanthose, spongiöse Umwandlung der Epithelzellen) zusammensetzt. So verdanken wir auch unsere Erfolge bei der austrocknenden Behandlung der einen oder anderen Form nur der mikroskopischen Kenntniss der betreffenden Vorgänge. Die mikroskopische Diagnose bleibt immer ein wichtiger Factor auch bei der Therapie.

2. Sitzung am 21. August, Vormittags.

Präsident: Kaposi.

Nikolsky-Kiew erwähnt in ehrender Weise der in den letzten Jahren gestorbenen Proff. Leloir und Feulard in Frankreich und Stoukowenkoff und Smirnoff in Russland. Er gibt eine zusammenfassende Uebersicht der Arbeiten von Stoukowenkoff.

Kaposi-Wien: **Ueber Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhaut.**

Die Gruppe der Hauttuberculose enthält mannigfache Formen. Die einheitliche Aetiologie vermag aber die Verschiedenheit und die scharfe Abgrenzung der klinischen Formen nicht aus der Welt zu schaffen. Auch sind die pathologisch-anatomischen Kriterien durchaus noch schwankend. Miliartuberculose der Haut ist aber eine sehr scharf ausgeprägte Form. Nach einer Uebersicht der Literatur berichtet Redner über seine eigenen 22 Fälle mit sehr verschiedener Localisation und zum Theil mit Betheiligung der Schleimhäute. Darunter kamen 12 Fälle zur Obduction und wiesen schwere tuberculöse Veränderungen der inneren Organe auf. Am charakteristischesten ist das Geschwür und die Randzone der miliaren Knötchen. Tuberkelbacillenbefund gelingt mitunter leicht, wenn es auch Ausnahmen gibt. In diesen letzteren Fällen ist der klinische Charakter allein für die Diagnose genügend. Differentialdiagnostisch kommt Carcinom und Lupus in Betracht. Die Diagnose ist nicht schwierig. Prognose ist in den nicht zu sehr vorgeschrittenen Fällen quoad processum localem günstig.

Schleimhäute werden nicht in charakteristischer Weise befallen und die Differentialdiagnose ist wirklich schwierig. Auch hier ist die Prognose gar nicht ungünstig. So ist es in einem sehr schweren Fall der disseminirten Miliartuberculose der Mundhöhle gelungen, die Affection durch Pinselungen mit Jodoformglycerin definitiv zu heilen.

Schwimmer-Budapest: **Tuberculose primitive de la peau.**

Die Riesenzellen haben für die Diagnose der Hauttuberculose ihre ursprüngliche Bedeutung eingebüsst. Die klinischen Charaktere bleiben die Hauptsache. a) Ulceration. In der Nähe der Schleimhaut findet man Anfangs ein Knötchen das nach und nach ulcerirt. Die Ulceration hat das bekannte characteristische Aussehen. Die Verbreitung kann dann in die Tiefe gehen und nicht nur Weichtheile, sondern auch Knorpel- und Knochengebilde ergreifen. Redner demonstrirt einige Fälle. Die Krankheit ist ziemlich selten (auf 26000 nur 25 Fälle). b) Lupus. Redner geht auf das Verhältniss des Lupus zur generalisirten Tuberculose ein. Allgemein wird Lupus als die primitive, von aussen eingeimpfte Tuberculose angesehen. c) Skrophuloderma ist vielmehr secundäre Hauttuberculose. Sie ist viel seltener als Lupus (1:5) und breitet sich auf dem Wege der Lymphbahnen aus. Sie combinirt sich häufig mit Lupus und zieht die ganze Haut in Mitleidenschaft.

d) Tuberculosis verrucosa steht zwischen der genuinen Tuberculose und dem Lupus. Sie bildet keine Ulceration und kann durch exogene Bacilleninfection entstehen. Prognose viel günstiger als bei anderen Formen.

Alle anderen aufgestellten Formen sind noch zweifelhaft.

Sack-Heidelberg: **Ueber die Tuberculosis verrucosa cutis.**

Redner ist eher geneigt, in der Tuberculosis verrucosa cutis eine interessante Varietät einer lupösen Erkrankung der oberflächlichen Hautschichten, als eine besondere, vom Lupus grundsätzlich verschiedene Form der Hauttuberculose zu erblicken. Die klinischen und histologischen Besonderheiten dieser Varität bestehen unzweifelhaft, erklären sich aber ungezwungen aus den anatomischen und histologischen Besonderheiten der Körpergebiete, wo die Tub. verruc. vornehmlich localisirt ist (Hand, Vorderam). Redner begründet ausführlich seine Ansicht und gibt zum Schluss die Krankengeschichte eines interessanten Falles wieder, wo sich im Anschluss an ein inficirtes Panaritium bei einem nicht nachweislich belasteten Individuum mehrere Plaques von verrucöser Hauttuberculose successive entlang dem Verlaufe der oberflächlichen Lymphgefässe entwickelt haben. Während die älteren Plaques deutlich verrucös waren und in jeder Beziehung das classische Bild der Riehl-Paltauf'schen Krankheit darboten, zeigten die jüngeren Plaques keine Spur von Verrucosität. Nach und nach wurden die Cubital- und Axillardrüsen afficirt und der Patient ging schliesslich an Lungenphthise zu Grunde.

In der Discussion tritt Unna der Ansicht Kaposi's entgegen, dass die miliare Hauttuberculose, (ein übrigens auf die Haut wenig passender, aus der internen Pathologie entnommener Begriff) typischer Repräsentant der primitiven Hauttuberculose sei. Dazu sei die Affection zu selten. Lupus müsse nach wie vor als der Typus der primitiven Hauttuberculose betrachtet werden. Bezüglich der Tuberc. verrucosa cutis stehe er auf dem Standpunkte Sack's.

Es entspinnt sich eine lebhafte Discussion, an der sich Kaposi, Lassar, Campana, Unna betheiligen.

Barthelémy-Paris demonstrirt im Auftrage von Prof. Fournier mehrere Abbildungen aus der Fournier'schen Klinik. Gelegentlich eines Falles von Syphilis geht er auf die Frage des Primäraffectes ein, die er für revisionsbedürftig hält, da sich in Paris Fälle mehren, wo die Syphilis mit Ueberspringen des primären Stadiums, also ohne Initialsklerose einsetzt, so z. B. auch in einem Fall, wo Syphilis durch verunreinigte Pravaz'sche Spritze übertragen wurde und dennoch keine Sklerose zur Entwickelung kam.

Prof. **Pospeloff**-Moskau zeigt einen Fall von Lymphangiomata cutis, wo nur mikroskopische Untersuchung die Diagnose lieferte.

Es werden Kranke mit 1) Pityriasis rubra pilaris und 2) mit kolossalem Molluscum fibrosum dorsi, combinirt mit Neurofibromen und starker Hautpigmentirung demonstrirt.

Kaposi betont, dass er nach wie vor keine Verschiedenheit zwischen seinem Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris zu erkennen vermag.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. Juli 1897.

Herr **Grosse** berichtet über die Fälle von ausgedehnten **Gesichtscarcinomen,** die in den letzten 5 Jahren in der chirurgischen Klinik zur Operation kamen. Carcinome der Lippen oder der Nase werden nicht in Betracht gezogen. Es handelt sich in den zu berücksichtigenden Fällen um flächenhaft ausgebreitete Tumoren, die mehr oder weniger in die Tiefe griffen oder in benachbarte Höhlen hineingewuchert waren; um solche, die den Knochen angefressen hatten, zerstört hatten oder doch innig mit demselben verwachsen waren. Bei 2 Patienten war eine Betheiligung nicht nur der Orbita, sondern auch des Augapfels selbst vorhanden, so dass gleichzeitig eine Enucleatio bulbi erfolgen musste. In allen Fällen wurde eine sehr ausgiebige Entfernung der benachbarten knöchernen Theile des Schädels vorgenommen. So kam es in einem Falle zur Entfernung der ganzen Orbita und eines grossen Theiles des Stirnbeines bis auf die Dura, des Os zygomaticum, eines Theiles der Schläfenbeinschuppe und des Processus mastoideus, so dass das Trommelfell im Niveau der Wunde lag, weiter musste vom Oberkiefer Alles bis auf den Proc. alveolaris und die hintere Wand des Antrum Highmori fortfallen.

Es wurde diese Operation vorgenommen an einer 50jährigen Patientin im März 1893, die damals sehr elende Frau erholte sich bald und befindet sich bis heute recidivfrei — sie steht dauernd unter Beobachtung.

Ganz besonders muss noch auf folgenden Punkt die Aufmerksamkeit gelenkt werden. In allen Fällen von Carcinomen werden auf das Sorgfältigste die in Betracht kommenden regionären Lymphdrüsen entfernt, auch wenn sie keine durch das Gefühl oder das unbewaffnete Auge nachweisbaren Zeichen der Erkrankung aufweisen[1]).

Es folgt die Demonstration einiger Photographien von operirten Patienten und Vorstellung von 4 Patienten, unter denen sich auch die oben erwähnte Frau befindet.

Herr **Harnack** macht Mittheilung über eine längere Reihe sehr exacter und sorgfältiger Versuche, welche Dr. Kleine (im hiesigen pharmakologischen Institut) über die Einwirkung des Morphins auf die Salzsäuresecretion des Magens ausgeführt hat.

Gegenüber der von Hitzig zur Erklärung des Fehlens der HCl im Magensecret von Morphinisten aufgestellten Theorie, nach welcher das Morphin bei seiner beständigen Ausscheidung durch den Magen die secretorischen Nerven durch Summation der Wirkung allmählich lähmen sollte, stellte Kleine durch Versuche an Hunden (mit angelegter Magenfistel) fest, dass eine einmalige Morphininjection die Salzsäureabsonderung in keiner Weise beeinflusst, und dass die in Folge wochenlang wiederholter Morphininjectionen allmählich eintretende Verringerung der HCl-Abscheidung zweifelsohne nur Folge der motorischen Lähmung des Magens ist. In Folge der

[1]) Die Deckung der durch Wegnahme des Erkrankten entstehenden Defecte wurde theils durch Plastik, theils durch Transplantation später auf die gut granulirende Wundfläche erzielt.

letzteren bleiben die Contenta unverhältnissmässig lang im Magen und verfallen der Zersetzung, wodurch die Magenschleimhaut krankhaft inficirt wird. Die normale HCl-Abscheidung steht aber in engem Zusammenhang mit der normalen Magenbewegung. Ist letztere beträchtlich gehemmt, so wird auch erstere beeinflusst, was auch aus der Thatsache hervorgeht, dass bei Magendilatation die HCl Absonderung so leicht beeinträchtigt wird. Jedenfalls empfiehlt sich der von Hitzig vorgeschlagene Versuch nicht, Hyperacidität des Magens (z. B. bei Ulcus ventriculi) durch systematische Anwendung von Morphininjectionen bekämpfen zu wollen.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 1. April 1897.

1. Herr **O. Stein** stellt einen Fall von **Paralysis agitans** vor.

2. Herr **Schild** macht Mittheilungen über 3 Fälle aus der Dr. Schubert'schen Klinik:

1. Fremdkörper in der Orbita.

Der in der Versammlung vorgestellte Patient war in der Dunkelheit über einen Drahtzaun gestolpert und hatte sich im Fallen einen 7,3 cm langen und 6 mm dicken Baumzweig in die rechte Augenhöhle gestossen. Der Fremdkörper wurde erst 4 Tage später extrahirt, vorher war ärztliche Hilfe nicht aufgesucht worden. Auch nach der Extraction bestand Ptosis, Protrusio bulbi, Aufhebung der Motilität des Auges nach allen Richtungen, Mydriasis, Pupillenstarre, starke Herabsetzung der Hornhautsensibilität, Fehlen quantitativer Lichtempfindung fort. Für eine Verletzung des Trigeminus I bestanden keine Anzeichen. Der Baumzweig war am inneren Augenwinkel durch das Oberlid eingedrungen und seine Anwesenheit konnte erst durch die in die Eingangspforte eingeführte Sonde festgestellt werden. Nach weiteren 5 Tagen kam ein noch über 1 cm langes Rindenstück im Wundcanal zum Vorschein, das mit seiner Bruchfläche ziemlich genau in das hintere Ende des zuerst extrahirten Zweiges passte.

Vortragender erörtert die Möglichkeiten des von dem Fremdkörper eingeschlagenen Weges und hält es für wahrscheinlich, dass der Opticus, Oculomotorius, Trochlearis und Abducens innerhalb des Muskeltrichters getroffen wurden, dass die Absplitterung des zuletzt extrahirten Rindenstückes an dem inneren Segment des scharfen oberen Randes des grossen Keilbeinflügels erfolgte und das nun dünner gewordene Ende des Fremdkörpers durch den lateralen Theil der Fissura orbitalis superior die Orbita verliess. Trotz Fehlens von Cerebralsymptomen und Störungen des Allgemeinbefindens glaubt er eine so zu Stande gekommene Gehirnverletzung annehmen zu müssen und stellt nach den gesammelten Beobachtungen Berlin's die Prognose auch quoad vitam noch ungünstig.

2. Ein Fall von Akromegalie mit doppelseitiger Stauungspapille.

Vortragender hat den von Herrn Glanning der Versammlung vorgestellten Fall zuerst beobachtet.

Im Anschluss an die eingehende Erörterung der Augenstörungen gibt er einen Ueberblick über die bis jetzt überhaupt bekannt gewordenen Augenaffectionen bei Akromegalie, bespricht das Zustandekommen der Stauungspapille und schliesst aus dem Auftreten derselben auf schnelleres Wachsthum des Hypophysentumors und relativ rascheren Krankheitsverlauf.

Der Vortrag wird anderweitig veröffentlicht.

3. Operative Entfernung eines Johannisbrotkerns aus der Paukenhöhle.

Ein von der 9 Jahre alten Patientin in den Gehörgang gesteckter Johannisbrotkern hatte etwa 10 Tage lang keinerlei locale oder allgemeine Störungen hervorgerufen. Erst nach den von ärztlicher Seite vorgenommenen Extractionsversuchen traten Eiterung, heftige Kopfschmerzen, Temperaturerhöhung und Empfindlichkeit des Warzentheils auf. Bei der starken Anschwellung der Gehörgangswände war die Anwesenheit und der Sitz des Fremdkörpers (er befand sich zum Theil noch in der vom Trommelfell mit der unteren Gehörgangswand gebildeten Nische) nur mittels vorsichtiger Sondenuntersuchung festzustellen.

In Narkose wurde nun die Ohrmuschel partiell abgelöst, der knorpelige Gehörgang kurz vor seinem Uebergang in den knöchernen bis auf die vordere Wand durchtrennt und beide nach vorn geklappt. Der nun deutlich sichtbare, aber sehr stark aufgequollene und fest eingekeilte Fremdkörper trotzte auch jetzt noch allen Entfernungsversuchen, so dass vorübergehend an eine Abmeisselung der hinteren Gehörgangswand gedacht werden musste. Schliesslich führte die Zerstückelung des Kerns zum Ziele. Die Ohrmuschel wurde wieder angenäht und in den Gehörgang, um einer Verengerung vorzubeugen, ein Gummirohr eingelegt. Schon am nächsten Tage Verschwinden der Cerebralsymptome. Ohrmuschel per primam angeheilt.

Im Anschluss an diese Mittheilung führt Vortragender die in der Literatur verzeichneten, in Folge irrationeller Extractionsversuche letal verlaufenen Fälle an und mahnt zur Vorsicht bei instrumentellen Entfernungsversuchen. Insbesondere warnt er, nach Besprechung der Entfernungsmethoden und ihrer Indicationen, vor dem Gebrauch von Pincetten. Zu Instrumenten sollte der Arzt überhaupt nur dann greifen, wenn er die Technik des Ohrenspiegelns vollständig beherrscht und genügende Erfahrung auf otiatrischem Gebiet besitzt.

3. Herr **Schubert** bemerkt hiezu:

Der vom Vortragenden erwähnte Todesfall aus meiner Praxis findet sich im Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. XXX, S. 50 mitgetheilt.

Die 5 jähr. Patientin kam von auswärts mit einem Johannisbrotkern im rechten Ohr, das in Folge ungeeigneter Extractionsversuche starke Schwellung des Gehörgangs und schleimig-eitrige Absonderung zeigte. Da Fieber und andere ernstere Symptome fehlten, wurde von operativer Entfernung des Fremdkörpers zunächst abgesehen und nur auf Rückgang der entzündlichen Schwellung hingewirkt. Nach einigen Tagen blieb das bei Verwandten wohnende Kind aus, und es kam die Nachricht, man müsse mit ihm heimfahren, weil es mit hohem Fieber, Kopfschmerz und Genicksteifigkeit erkrankt sei. Alles Zureden, das Kind operiren zu lassen, der Hinweis auf die Gefahr, waren fruchtlos; ich sah das Kind nicht wieder. Nunmehr schrieb ich an den Hausarzt und bat ihn, auf Operation zu dringen. Ich erhielt keine Antwort. Nach einigen Monaten kam die reuevolle Mutter und berichtete, das Mädchen sei gestorben. Vor dem Tode sei Lähmung der linken Körperhälfte eingetreten und mehrfache Abscessbildung am übrigen Körper.

Es gibt, wenn man von den chemisch oder thermisch ätzenden absieht, kaum einen Fremdkörper, der im Gehörgang, selbst bei jahrelangem ruhigen Verweilen, irgend einen Schaden stiftet. Die schlimmen Folgen verursacht nicht der Fremdkörper, sondern ein unkundiges therapeutisches Vorgehen. Insbesondere ist es die Pincette, die in der Hand dessen, der mit Ohrenspiegel und Manipulationen am Ohr wenig geübt ist, Unheil anzurichten pflegt. Der Kundige wird vor allem Anderen immer zur Spritze greifen und erst in zweiter Linie ein der Sachlage angemessenes Vorgehen mit Instrumenten in Erwägung ziehen.

Schubert legt alsdann eine kleine Sammlung von Fremdkörpern vor, die er aus Ohr und Nase zu entfernen veranlasst war. Am zahlreichsten sind die Perlen vertreten (36 mal). Dann kommen der Zahl nach 9 Schuhknöpfe, 6 Bleistiftköpfchen, 6 Buntstiftfragmente, 6 Steinsplitter, 4 Glasstücke, 3 Häftchen, je 1 Nagel, Blechplättchen und Speckstein. Aus der organischen Welt stammen 9 Johannisbrotkerne, 6 Holzstücke, 3 Kaffeebohnen, 3 Erbsen, 2 Lupinen, 2 Korkstücke, 10 Samen unbestimmter Art, je einmal Bohne, Linse, Mais, Sonnenblumenkern, Hollundermark, Radirgummi, Federpose, Koralle, Muschel und Kinderzahn. Noch eine Anzahl anderartiger Fremdkörper, die nicht in der Sammlung sind, wurden beobachtet, z. B. Schwamm, Leder, 1 Angelhaken in der Nase, Insecten im Ohr.

4. Herr **Glanning** bespricht nach einer Uebersicht über die einschlägige Literatur einen im allgemeinen Krankenhaus beobachteten und secirten Fall von Akromegalie, über welchen bereits Herr Gottlieb Merkel in der Sitzung vom 18. März kurze Mittheilung gebracht hatte. Der Fall wird zusammen mit einem zweiten im Krankenhause behandelten Fall von Akromegalie ausführlich an anderer Stelle besprochen werden.

Sitzung vom 22. April 1897.

Herr **Neuberger** stellt folgende Fälle vor:

1. einen Fall von Favus bei einem Dienstmädchen (Localisation am Kopfe), die ein Kind ihrer Herrschaft inficirt hatte. Bei Letzterem war am Nacken ein herpetischer Plaque (herpe-

tisches Vorstadium des Favus), sowie eine thalergrosse borkige Masse auf dem Kopfe. Die Favuspilze werden demonstrirt.

2. einen Fall von multiplen Angiomen im Gesichte, symmetrisch auf beiden Wangen, Kinn und Nase.

3. einen Fall von Mycosis fungoides mit zahlreichen Tumoren an beiden Oberarmen, in beiden Acromial- und Axillargegenden.

4. einen Fall von Lupus vulgaris faciei bei einem 11jährigen Mädchen im Beginne der Erkrankung, der mit Tuberculin (T. R. Koch) behandelt wird.

5. einen Fall von doppelseitiger Onychia beider Daumen mit einem 3 thalergrossen Plaque in der Calcaneusgegend am rechten Fuss, seit 7 Jahren ziemlich unverändert bestehend, wahrscheinlich tuberculösen Ursprunges. Heredität vorhanden.

6. einen Fall von Akne varioliformis im Gesicht und den Oberarmen bei einem jungen Mädchen.

7. einen Fall von Akne necrotica mit kolossalen Narben auf dem Rücken, der Brust, den Oberschenkeln bei einem mit Skrophuloderma behafteten Patienten.

Sitzung vom 6. Mai 1897.

Herr **Heller** berichtet über einen Fall von **perityphlitischem Exsudat** bei einem 17jährigen Jüngling, den er gemeinsam mit Dr. Karl Koch beobachtet und behandelt hat. Das sowohl durch die vordere Bauchwand als per rectum nachweisbare Exsudat sollte durch Laparotomie entleert werden, welche Operation jedoch wegen vorliegender starker Adhaesionen des Netzes nicht zu Ende geführt werden konnte. Aus diesem Grunde schritt Dr. K. Koch zu einem anderen, bisher nicht begangenen Weg, um dem Exsudat beizukommen, nämlich den pararectalen (parasacralen) Bauchschnitt, wie er sonst behufs Operation von Mastdarmtumoren üblich ist. Hiedurch gelang es, eine grosse Menge eiterigen Exsudates zu entleeren und glatte Heilung zu erzielen. Es folgte ein nahezu halbjähriges freies Intervall, während dessen der Patient sich vollkommen wohl fühlte. Dann zeigte sich wieder eine fluctuirende Geschwulst hoch oben im Rectum, die jedoch in's Rectum perforirte und eine reichliche Eitermenge entleerte. Seitdem ist Patient gesund. — Unter Zugrundelegung dieser Beobachtung besprach der Vortragende die Indicationen zum operativen Eingriff bei Perityphlitis und Appendicitis. Als einzig sicher und feststehende Indication bezeichnet er den bestimmten Nachweis von flüssigem Exsudat. Desshalb sei der Nachweis eines Eiterherdes die Hauptaufgabe der Diagnose, hierbei die jedesmalige Exploration per rectum unerlässlich. Ob bei nicht nachweisbarem flüssigen Exsudat operirt werden soll, müsse von den übrigen localen und allgemeinen Begleiterscheinungen abhängig gemacht und dem Tactgefühl des behandelnden Arztes überlassen werden.

Neu sei der hier zum ersten Male von Dr. Karl Koch betretene Weg, bei der Unmöglichkeit, dem Exsudat auf dem gewöhnlichen Wege von vorne beizukommen, durch den pararectalen Schnitt die Abscesshöhle zu eröffnen.

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. Mai 1897.

Herr **Emmerich** stellt einen 32jährigen an Phthisis leidenden Mann vor mit **hochgradiger Verschiebung des linken Schulterblattes.** Die Wirbelsäule ist in geringem Grade nach rechts verbogen, der innere Schulterblattwinkel nach oben horizontal gestellt, Clavicula, Acromion und Proc. coracoideus nach hinten aussen gerückt, der Gelenkkopf des Humerus nicht luxirt. Der Oberarm kann bis zum R. gehoben werden; Vor- und Rückwärtsbewegung ist normal. Die am Schulterblatt entspringenden und dort sich ansetzenden Muskeln sind sämmtlich atrophisch. Das ganze Schulterblatt erscheint in die Höhe geschoben und quer gestellt. — Ob die Difformität angeboren oder ob und wie sie später entstanden ist, konnte nicht eruirt werden.

Herr **Flatau** berichtet weiters über den Fall von **puerperalem Tetanus** im Anschluss an künstliche Frühgeburt (nicht Tympania uteri, wie irrthümlich im Protokoll vom 18. März 1897 berichtet ist). (Wird an anderer Stelle erscheinen).

Herr **Flatau** spricht über **moderne Myomoperationsmethoden** und vertritt dabei den Standpunkt, dass gegenüber den 4 in Betracht kommenden Methoden, nämlich der Totalexstirpation, der supravaginalen Amputation nach Zweifel, der supravaginalen Amputation nach Hegar-Schauta mit retroperitonealer Stielversorgung und dem vaginalem Morcellement nach Péan-Segond es unrichtig sei, einseitig eine Methode zu cultiviren und als die allein richtige zu empfehlen. Der Gynäkologe müsse alle Arten technisch beherrschen und in jedem zu operirenden Myomfalle genau individualisiren, welche der bezeichneten Modi am besten für die topographischen Verhältnisse passe, welche unter der besonderen Berücksichtigung des Allgemeinzustandes der Kranken das günstigste Resultat verspreche.

In Illustrirung seiner Ausführungen bespricht der Vortragende kurz einen Fall von supravaginaler Amputation eines von einer Unzahl von Myomknoten durchsetzten Uterus, bei dem, da auch die Zweifel'sche Partienligatur keine exacte Blutstillung bewirkte, die extraperitoneale Versorgung des Stieles vorgenommen wurde. Ausgang in Heilung.

Ferner demonstrirt derselbe einen mehr als mannskopfgrossen myomatösen Uterus mit Adnexen, den er durch vaginoventrale Totalexstirpation gewonnen hat.

Bei der gänzlich ausgebluteten 43jährigen Kranken mit nicht mehr intactem Herzen galt es nach einer Methode zu operiren, die neben möglichster Blutsparung auch nach der Operation dem Herzen möglichst wenig Arbeit machte. Der Modus procedendi war folgender: Vaginale Umschneidung der Portio bis zur Eröffnung des Douglas und der Plica vesico-uterina, darauf Abklemmung der beiden Arter. uter. mit kurzmauligen Landau'schen Klemmen. Nun Koeliotomie mit Unterbindung der beiden Arter. spermatic. und Arter. ligam. rot. Nach dieser präventiven Abschliessung sämmtlicher 6 zuführender Blutgefässe lässt sich der Uterus ohne Verlust eines Bluttropfens lateral von den Adnexen herausschneiden. Invertirung der Stümpfe mit den Ligaturen nach der Vagina und lockerer steriler Gazetampon. Dauer der combinirten Operation, die in Vorschlägen Freund's, Rydygiers und Rouffarts ihre Vorläufer hat, 50 Minuten. Fieberlose Genesung. (Demonstration.)

Drittens berichtet Herr **Flatau** über ein kolossales **Collummyom,** das in der vorderen Wand sitzend fast das ganze Becken ausfüllte (mechanische Obstipation) und sich nach oben bis über den Nabel ausdehnte. Die Kranke, eine 40jährige Virgo ist enorm ausgeblutet, macht einen kachectischen Eindruck. Da eine Totalexstirpation wegen der subligamentären Entwicklung der Myomknoten sicher schon topographisch die grössten Schwierigkeiten und Gefahren (Ureterverletzung) gehabt hätte, eine supravaginale Amputation ganz unthunlich gewesen wäre, entschloss sich Vortragender zur Zerstückelung nach Péan-Segond. Nach einem tiefen linksseitigen Scheidendammschnitt wurde der Uterus in 39 grossen und viel mehr kleinen Segmenten entfernt. Operationsdauer 2 Stunden; Ausgang in Heilung. — Demonstration der Präparate und der der Colin'schen Werkstatt in Brüssel entstammenden Instrumente.

Herr **Katz** bespricht kurz die Sectionsbefunde:

1. Eines an Meningitis gestorbenen Kindes.
2. Eines an Diphtherie gestorbenen Kindes.

Herr **Kirste** demonstrirt die durch Resection gewonnene rechte Unterkieferhälfte eines 2jährigen Kindes mit **totaler Nekrose** des Körpers und eines Theiles des horizontalen Astes.

Sitzung vom 20. Mai 1897.

Herr **Heinlein** erläutert an der Hand eines vorgestellten, vor wenig Stunden in Folge eines Sturzes von einem Lastwagen entstandenen Falles von **Luxatio supra-acromialis des Schlüsselbeines** bei einem 40jährigen Holzarbeiter eingehend die Symptome und pathologische Anatomie, sowie die Differentialdiagnose dieser Verletzung gegenüber anderen Luxations- und Fracturformen, besonders gegenüber der Luxatio humeri, welch' letztere differentialdiagnostische Erörterung seit den Zeiten des Galenus, der an seinem eigenen Körper den hier einschlägigen diagnostischen Irrthum erfahren musste, grosse Wichtigkeit hat, wie auch der vorgestellte Fall von dem ersten Beobachter als reine Schulterluxation aufgefasst worden war. Im vorliegenden Falle ist die Verschiebung des Schulterblattes nach einwärts durch die elastische Retraction der Muskeln, welche den Arm dem Brustkorb nähern (Musc. pectoral. etc.) sehr auffällig und bedingte bei der Reposition, bezw. der Retention der verschobenen Gelenktheile eine wesentliche Modification der gewöhnlichen Behandlung, welche ihren Zweck jedoch tadellos erfüllte. Durch die Fixation des unteren Endes des Oberarmknochens an dem Thorax und die durch ein in die Achselhöhle gelegtes dickes Leinwandpolster erzielte Abduction des Oberarmkopfes und in dieser Richtung angelegten Desault'schen Verband wurde Reposition in vollkommener Weise erreicht, so dass der Verletzte sofort entlassen werden konnte.

Herr **Flatau** demonstrirt den dreimonatlichen Foetus einer wahrscheinlich **primären Bauchhöhlenschwangerschaft** von einer 32jährigen I. Para. Der Fruchthalter war aus Schwarten und verklebten Darmschlingen gebildet. Die Placenta sass auf der Dorsalseite des Uterus in der Nähe der rechten Tubeninsertion. Bei der sehr schweren Operation geschah es, dass ein 12 cm langes Stück des Kolon descendens resp. S. romanum sein Mesenterium gänzlich verlor. Da eine sofortige Resection und Vernähung bei der unlösbaren Verwachsung des peripheren Stückes nicht möglich war, wurde nach Einlegung eines Küstner'schen Glasdrains die Bauch-

höhle zum Theil offen gelassen und die lädirte Darmschlinge solange aussen auf die Bauchdecken gelagert. Aseptischer Verband. Der Verlauf war fast afebril: nach Gangraenescirung und Abstossung des Darmstückes schloss sich die Bauchwunde rasch bis auf die Lumina des zu- und abführenden Darmstückes, so dass nach 8 Wochen post operat. von Herrn Heinlein die Anfrischung und Circulärnaht mit erwünschtem Erfolge vorgenommen werden konnte. Die vor der Operation elend herabgekommene Kranke wurde blühend gesund entlassen.

Herr **Flatau** demonstrirt ferner: 1. Die zehnwöchentliche **schwangere Tube** einer 41jährigen I. Para, die durch Laparotomie gewonnen wurde. Die Kranke genas. 2. Das Sectionspräparat einer leider nicht zur Operation gekommenen **ampullären Tubenschwangerschaft** mit Ruptur und Verblutung von einer 38jährigen I. Para.

Herr **Frankenburger:** Ueber einen weiteren Fall von **Carbolgangraen.** (Die Mittheilung erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

Herr **Heinlein** berichtet über die erheblichen technischen Schwierigkeiten einer Tracheotomie bei einem 50jähr. mit Schrumpfniere und einem **Carcinom** des linken **Schilddrüsenlappens** mit umfänglichen Metastasen in den Lymphdrüsen der Oberschlüsselbeingrube und des vorderen Mediastinum behafteten Manne.

Die Eröffnung der durch die Neubildung über die Medianlinie weit nach rechts verschobenen Luftröhre gelang nur nach typischer Exstirpation der linken Schilddrüsenhälfte. Nach Vollendung der Operation schwanden sofort die quälenden suffocatorischen Erscheinungen. An Lungenoedem trat in der Folge tödtlicher Ausgang ein.

Das Leichenpräparat, welches Vortragender vorlegt, beansprucht hervorragendes Interesse durch die wohl sehr selten in so hohem Grade sich darstellende Verschiebung der Luft- und Speiseröhre. Letztere Organe hatten ihr Lager auf der Wirbelsäule völlig verlassen; eine mannsfaustgrosse Bronchialdrüsenmetastase hatte Luft- und Speiseröhre völlig von einander getrennt, so dass letztere in scharfem, nach rückwärts convexem Kreisbogen mit sehr kurzem Radius über die Neubildung hinwegzog, was nur dadurch ermöglicht war, dass eben die erwähnten Gebilde ihre Lagerungsverhältnisse vor der Wirbelsäule völlig aufgegeben hatten. Die Speiseröhre gelangte erst im unteren Drittel ihres Verlaufes wieder an die Vorderfläche der Wirbelsäule, um nach Kreuzung derselben nach dem auf der linken Seite gelegenen Foramen oesophageum des Zwerchfells zu gelangen.

Herr **Flatau: Ueber einen Fall von Sectio caeserea nach Porro** mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind.

Frau Sabina R. aus Gibitzenhof wird am 15. V. 97 durch die Sanitätscolonne in meine Anstalt verbracht. Dieselbe, eine kleine Zwergin, 120 cm hoch, ist 20 Jahre alt und steht am normalen Schwangerschaftsende; die Geburt ist seit 18 Stunden mit kräftigen Wehen im Gange; Fruchtwasser nicht abgeflossen. Kindsbewegungen werden noch kräftig gefühlt. Herztöne 144, I. Schädellage. Temp. 37,9, Puls 104. Die innere Untersuchung ergibt den Muttermund für 3 Finger durchgängig, Blase stark vorgewölbt, Kopf hoch über dem Beckeneingang beweglich. Die Beckenmaasse sind folgende:

D. diagon.	5½ cm
Dist. spin.	22 cm
Dist. crist.	24 cm
Diam. Baudel.	17 cm

Da bei der langen steilen Symphyse mindestens 1,5 cm abgerechnet werden müssen, ergibt sich aus der berechneten C. v. von 4 cm die absolute Indication zum Kaiserschnitt. Nachdem ich der Frau die Chancen und Folgen des conservativen Kaiserschnittes und des Porro auseinandergesetzt hatte, entscheidet sie sich für letzteren.

In Aethernarkose Schnitt links neben der Linea alba bis handbreit über den Nabel. Der Uterus wird hervorgewälzt und die Bauchdecken werden provisorisch durch Hakenzangen geschlossen. Aus dem nach vorn und oben convergirenden Tubenverlauf (Leopold, Arbeiten aus der kgl. Frauenklinik zu Dresden, Bd. II) wird der Sitz der Placenta an der hinteren Uteruswand diagnosticirt und demgemäss ein Gummischlauch um die Cervix nur locker umgelegt. Medianer Sagittalschnitt durch den Uterus, der die vorher gestellte Diagnose des Placentarsitzes bestätigt, und Entwickelung eines mässig entwickelten, leicht asphyktischen Kindes. Nach der festen Anziehung und Knotung des Gummischlauchs und Entfernung von Placenta und Eihäuten wird der Stiel im unteren Wundwinkel durch Catgutnähte befestigt und darauf die Bauchhöhle definitiv durch Seidenknopfnähte geschlossen. Jetzt erst wird der gut contrahirte Uteruskörper über der elastischen Ligatur abgekappt, mit dem Paquelin tief verkohlt und mit einem antiseptischen Occlusivverband bedeckt. Verbandwechsel am 12. Tage, so gut wie keine Secretion, der Stumpf ist abgefallen, die sehr kleine Höhle schliesst sich rasch. Patientin wird nach 4 Wochen mit ihrem Kind gesund entlassen.

Epikritisch möchte Folgendes erwähnt werden: Die extraperitoneale Versorgung des Stieles, die Schauta'schen Principien bei der Hysteromyektomie folgte, wurde gewählt, da bei der auf dem Lande von Arzt und Hebamme öfter untersuchten und lange kreissenden Patientin die primäre Asepsis des Operationsgebietes nicht ganz zweifelsohne war; Achselhöhlentemperatur 37,9, Puls 104 bei der Aufnahme! Speciell der Porro wurde vorgenommen, da die Frau die sterilisirende Form des Kaiserschnittes wünschte. Ich erwähne dies besonders, weil ich glaube, dass wir Aerzte nicht berechtigt sind, Frauen, die zum Gebären absolut unfähig sind, nur im Vertrauen auf die weit vorgeschrittene Operationstechnik den psychischen und körperlichen Gefahren einer erneuten Gravidität auszusetzen. Der conservative Kaiserschnitt sollte als Methode des Zwanges nur dort angewandt werden, wo eine neue Schwangerschaft, sei es durch künstliche Frühgeburt, sei es durch die Symphyseotomie oder durch Combination beider Operationen glücklich, d. h. mit Entwicklung eines lebenden Kindes, per vias naturales beendigt werden kann. Der Conservativismus, welcher bei einer Conjugata von unter 5 cm den Uterus vernäht und wieder versenkt und sich schon im Innern auf einen «wiederholten Kaiserschnitt an derselben Frau» freut, schmeckt stark nach Pharisäerthum. Methode der Wahl sollte der conservative Kaiserschnitt bei absolut gebärunfähigen Frauen nur dann sein, wenn diese, über die Folgen belehrt, es direct wünschen. Ob es aber Viele sein werden, bei denen der Trieb, Mutter zu werden, so stark ist, dass er sie die Gefahren einer Sectio verachten lässt, ob es wirklich viele solcher Laura Marholm'schen Ideelfrauen geben wird, möchte ich stark bezweifeln. Aehnliche Ansichten über das Verhältniss von Porro zum conservativen Kaiserschnitt haben auch Pobedinsky, Makejeff und Phenomenoff erst in jüngster Zeit geäussert. (Autoreferat.)

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Biologie.

Sitzung vom 17. Juli 1897.

Experimenteller Typhus.

Chantemesse gelang es gemeinschaftlich mit Ramond, durch Verfütterung von Reinculturen beim Affen und Kaninchen eine Krankheit zu erzeugen, welche dem beim Menschen vorkommenden Typhus sehr ähnlich ist; beim Kaninchen bedurfte es, um es zur Resorption des Giftes empfänglicher zu machen, zur Schwächung des Körpers noch der Injection von Opiumtinctur oder auch menschlichen Blutserums oder Urins. Das theoretische Interesse liegt in der Dauer und Entwickelung dieser neuen experimentellen Krankheit, welche erlaubte, während mehrerer Monate die prophylaktische und curative Wirkung des Typhusheilserums, dessen Herstellungsweise der Eine der Forscher angegeben hat, in sicherer Weise zu constatiren und zu messen. In keinem der Fälle fehlte übrigens bei genügend langer Dauer der Krankheit die agglutinirende Wirkung des Serums auf den Typhusbacillus.

Zur Pathogenese des durch die X-Strahlen entstehenden Erythems.

Balthazard studirte an sich selbst die durch die Wirkung der Röntgen-Strahlen entstehenden Hautaffectionen und schloss aus seinen Versuchen, dass diese Zufälle, welche man den X-Strahlen zuschrieb, in Wirklichkeit den elektrischen Strömen ihre Entstehung verdanken. Man kann sie vermeiden, indem man die Ampulle wenigstens 25 cm von der Haut des zu Untersuchenden aufstellt oder indem man ein dünnes, mit dem Boden verbundenes Stück Aluminium dazwischen gibt. Man kann auch die Wirkung der elektrischen Ströme unterdrücken, indem man die Häufigkeit der Entladungen in der Ampulle vermindert, was nach Destot am besten mit einer statischen Maschine geschieht. Unter diesen Bedingungen könnte man ohne Schaden die Ampulle bis auf 5 cm der Haut nähern.

Sitzung vom 24. Juli 1897.

Uebertragbarkeit der agglutinirenden Substanz durch die Muttermilch.

Widal und Sicard gelang es, auf junge Mäuse die agglutinirende Wirkung zu übertragen, wie es Ehrlich mit dem Antitoxin des Tetanus, dem Abrin und dem Ricin gelungen ist. Die Messung der Agglutinirung ermöglicht es, den Uebergang der Reaction mit bemerkenswerther Genauigkeit zu studiren; die jungen Thiere nehmen diese auf vorübergehend kurze Zeit an. Bei Meerschweinchen und Katzen hingegen konnte die Uebertragung der Reaction auf die Jungen nicht erzielt werden. Das lange fortgesetzte Stillen mit einer Milch, welche ziemlich stark agglutinationsfähig, konnte beim Menschen ebenfalls nicht dem Serum diese Eigenschaft verleihen. Gegenwärtig ist es nicht möglich, diesen Unterschied in der Uebertragbarkeit der agglutinirenden Substanz bei den verschiedenen Thierarten zu erklären; vielleicht ist dies eine Frage, welche mit dem Chemismus der Verdauung zusammenhängt, und die beiden Forscher erinnern diesbezüglich daran, dass eine Milch, welche stark agglutinirende Wirkung besitzt und auf natürlichem Wege oder durch eine Säure (Essig- oder Salzsäure) geronnen ist, nur einen Theil ihrer obengenannten Reaction verliert.

Roux und Balthazard haben die Anwendung der Röntgenstrahlen auf den Menschen übertragen, wie sie derselben sich bedient haben, um die mechanischen Magenfunctionen bei Hund und Frosch zu studiren. Sie schliessen, dass ebenso, wie bei diesen Thieren, beim Menschen sich der Magen in zwei functionell verschiedene Partien theile: der grössere Theil

desselben dient als Reservoir für die Nahrungsmittel, während die Pars pylorica das einzige active Organ des Magens ist und durch heftige peristaltische Bewegungen allmählich die im Magen aufgehäuften Massen in den Zwölffingerdarm treibt.

Paul Courmont (Lyon) studirte die schützende Kraft des Serums Typhuskranker im Vergleich zu seiner agglutinirenden Wirkung. In den ersten Tagen der Krankheit, bevor letztere erscheint, besitzt die Schutzimpfung mit dem Serum nur geringe Kraft. In dem Maasse, als die agglutinirende Wirkung zunimmt, wird das Serum auch kräftiger schützend gegen die Infection, oder vermindert wenigstens in hohem Grade die künstliche Impfung der Meerschweinchen durch den Typhusbacillus. Diese Wirkung scheint im gleichen Verhältnisse mit der agglutinirenden zu stehen, so dass letztere eine Art Abwehrreaction des Organismus sein dürfte.

Sitzung vom 31. Juli 1897.

Trennung der immunisirenden und agglutinirenden Wirkung.

Impft man die löslichen Substanzen einer Typhuscultur Thieren ein, so werden sie immunisirt. Widal und Nobécourt gelang dies auch mit der Injection des Urins von Typhuskranken, und sie konnten mit 4 ccm desselben 33 Mäuse impfen; es wurde dann den Thieren eine für gewöhnlich tödtliche Dosis (6 ccm) einer Typhusreincultur injicirt, und 17 derselben blieben am Leben. Keines der Thiere zeigte die agglutinirende Reaction, so dass also letztere von der immunisirenden Wirkung verschieden ist. Allerdings tritt bei Mäusen die Agglutination erst 15 Tage nach der Injection von Typhusserum auf, aber vom Urin der Typhuskranken konnte man ihnen bis zu 15 ccm injiciren, ohne die genannte Reaction zu erzielen; Kaninchen verhielten sich ebenso nach Injection hoher Dosen Urins.

Zur pathologischen Anatomie der Appendicitis.

Letulle und Weinberg haben 50 Fälle von operirter Appendicitis histologisch untersucht und bei der acuten Form dieser Erkrankung gefunden, dass sie vor Allem durch Veränderung der Lymphfollikel charakterisirt ist, während die Schleimhaut völlig gesund erscheint. Es handelt sich bei ersteren bald um blosse hochgradige Hyperaemie mit oder ohne Haemorrhagien (hyperaemische Form), bald abscedirt der Follikel im Centrum (eiterige Form), oder bei der dritten nekrotisirenden Form geht die Wand des Wurmfortsatzes in ihren verschiedenen Schichten in Mortification über. Welches auch die Form dieser Erkrankungen sei, in allen Fällen scheint der Krankheitsprocess aus der Tiefe (den unmittelbar unter der Schleimhaut gelegenen Follikeln) gegen die peritoneale Oberfläche fortzuschleichen. Die chronische Entzündung des Wurmfortsatzes kann ebenfalls mehrere Formen annehmen: bei der hypertrophischen Form sind die Lieberkühn'schen Drüsen beträchtlich vergrössert, ebenso wie die Follikel, bei den atrophischen sind im Gegentheil Drüsen und Follikel beträchtlich verkleinert und die Muskelschichten sehr verdünnt. Besonders bei letzterer Form kann weiterhin totale Obliteration des Wurmfortsatzes eintreten, in anderen Fällen auch bloss Stenose an einer Stelle, in deren Niveau die Follikel atrophirt sind, während um dieselben herum das Bindegewebe und die Muskelschichten beträchtliche Hypertrophie zeigen.

Gley untersuchte, ob das von Baumann in der Thyreoidea gefundene Jodothyrin sich auch in den Nebenschilddrüsen des Hundes und Kaninchens finde und constatirte, dass diese Drüsen bei gleichen Gewichtsverhältnissen 10—15mal mehr Jod enthalten wie die eigentliche Schilddrüse; oft enthält eine dieser kleinen Drüsen absolut mehr Jod als die Hauptdrüse. Diese Untersuchungsresultate bestätigen die grosse physiologische Bedeutung dieser kleinen Organe.

Renon hatte zwei Kolben Urins in sterilem Zustande 4 Jahre lang aufbewahrt und derselbe hat weder an toxischer Kraft noch in seiner Wirkung als Nährboden (für Bacterien und Schimmelpilze) während dieser Zeit eingebüsst. Die toxische Wirkung zeigte sich sogar noch vermehrt gegenüber dem frischen Harne, was die Ansicht Bouchard's über die Zunahme der Giftigkeit des Harns bei längerem Aufbewahren bestätigen dürfte. St.

LXIX. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Braunschweig

vom 20.—25. September 1897.

In der Abtheilung für Hygiene wird die Frage der Bekämpfung der Tuberculose einer eingehenden Besprechung unterworfen werden. Es werden folgende Vorträge, bezw. Referate gehalten:

Liebe G.: Ziele und Wege zur Bekämpfung der Tuberculose. — Meissen J. E.: Welche Maassregeln empfehlen sich zunächst zur Bekämpfung der Tuberculose? — Blumenfeld F.: Sind neue literarische Unternehmungen zur Bekämpfung der Tuberculose erforderlich? — Sommerfeld Th.: Die Behandlung der Lungenkranken in Heilstätten, Krankenhäusern und in ihrer Behausung mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiterbevölkerung. — Blumenfeld F.: Die diätetische Behandlung der Lungenschwindsucht. — Schröder G.: Der Stand der Blutkörperchenfrage. — Michaelis: Welche Gefahr bringt Gesunden der Verkehr mit Tuberculösen? — Schultzen: Die Stellung des Arztes in Volksheilstätten. — Eber A.: Ueber die Tuberculose des Rindviehes in ihrer Beziehung zum Menschen.

Da diese Versammlung dazu dienen soll, alle für die Bekämpfung der Tuberculose interessirten Männer zu zu einem engeren Zusammenschlusse und künftigem gegenseitigen Austausche von Erfahrungen und Ideen zu führen, wird auch hierdurch Jedermann eingeladen, der bereit ist, an der Bekämpfung dieser schrecklichen Volksseuche mitzuarbeiten. In dem Maasse, wie unter den Aerzten und im Volke die Einsicht von der Möglichkeit, dieser Krankheit den Boden zu untergraben, wächst, muss — was bisher leider noch nicht geschah — auch die Schaar Derer zunehmen, welche an ihrer Unterdrückung mitarbeiten. Diese Schaar zu einer streitbaren Armee zu sammeln, ist der Zweck der Braunschweiger Besprechung.

Verschiedenes.

Vitiligo bei Columbier. In der No. 25 der Münch. med Wochenschr. hat Dr. Reinhard in Pretoria einen seltenen Fall von Vitiligo bei einem Neger beschrieben und abgebildet. Es dürfte Ihre Leser interessiren, zu erfahren, dass an der Nordküste von Südamerika, in Columbien, am Antillenmeere, und zwar genau am Fuss der Sierra Nevada de Santa Marta, zwischen Santa Marta und Rio Hacha, besonders in einem Dorf, genannt Dibulla, dessen Bevölkerung aus Mischlingen zwischen Negern, Indianern und Spaniern besteht, die Vitiligo derart endemisch ist, dass die meisten Leute dort daran leiden. Bei Anlass einer Reise in Columbien hatte ich Gelegenheit, im Frühjahr 1896 einige Tage in Dibulla zu verweilen und überhaupt die Strecke von Santa Marta nach Dibulla zu bereisen, so dass ich diese Leute selbst beobachten konnte. Dieselben sehen ganz buntscheckig aus, meistens am ganzen Körper, indem die Vitiligo unregelmässig vertheilt ist, meistens in vielen kleinen Flecken. Sie sind nicht schön weiss und schwarz, sondern braun, röthlich, gelblich und weisslich gefleckt und sehen dadurch ungemein hässlich und sonderbar aus. Der berühmte französische Forschungsreisende Graf de Brettes, der diese Gegend sehr genau erforscht hat, und den ich in Santa Marta kennen lernte, sprach mir zuerst von dieser eigenthümlichen Krankheit oder Abart jener Küstenbewohner. Ich überzeugte mich aber, dass die Sache nichts als Vitiligo ist. Freilich hatte ich keine Zeit, zu untersuchen, ob diese Vitiligo dort auch zu schwinden pflegt, wie beim Neger des Dr. Reinhard. Es scheint aber nicht der Fall zu sein. Es fehlte mir auch die Kenntniss der Sprache dieser getigerten Menschen (schlechtes Spanisch). Jedenfalls aber ist Vitiligo (freilich wohl weder acquirirt noch verschwindend) dort das Gegentheil von einer Seltenheit, und empfehle ich Denjenigen, die ihn studiren wollen, eine Reise nach Santa Marta und Dibulla (durch Savanilla-Barranquilla). Santa Marta ist leicht, Dibulla (Dibulla selber ist leichter durch Curaçao und Rio Hacha zu erreichen. Rio Hacha hat aber selbst eine wildere und unsichere Bevölkerung, welche diese Ortschaft viel weniger empfehlenswerth als Santa Marta erscheinen lässt, und liegt ausserdem sehr kahl und hässlich) beschwerlich zu erreichen, aber schon in Santa Marta sind die Fälle häufig. Zwischen Januar und Mai ist die dortige böse Malaria weniger zu befürchten, besonders, wenn man sich der alkoholischen Getränke enthält. Zugleich ist die Gegend wunderbar schön. Prof. Dr. A. Forel.

Therapeutische Notizen.

Tannin und dessen Derivate, Tannigen und Tannalbin, wandte Comby (La Médecine moderne No. 60) in einer Reihe von Fällen der Kinderpraxis an. Das Erstgenannte verwirft C. nach zahreichen Misserfolgen vollständig, während Tannigen und Tannalbin frei von dem üblen Geschmack und Geruch sind, kein Erbrechen hervorrufen (keine reizende Wirkung auf die ersten Verdauungswege ausüben wie Tannin) und sich nicht im Darme zersetzen. Für Säuglinge verschreibt man diese beiden Präparate in Dosen von 20—25 cg, 3—5mal täglich wiederholt, so dass die Tagesdosis je nach dem Alter 0,5—1,5 g beträgt; man gibt das Pulver in Zuckerwasser, Syrup, Honig oder einem Löffel Kaffee. Bei einfacher, nicht infectiöser Diarrhoe mit fieberlosem Verlauf genügen diese Adstringentien, handelt es sich aber um wirkliche Cholera infantum mit profusen Diarrhoen, Erbrechen, Fieber u. s w., so müssen noch die Darmantiseptica, wie Kalomel (1/2 cg 3—5mal täglich), hinzugefügt werden, ohne der übrigen Mittel, wie des künstlichen Serums, der Hydrotherapie, zu vergessen. St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 7. September. Im Prüfungsjahr 1896/97 unterzogen sich der medicinischen Prüfung bei den ärztlichen Prüfungscommissionen in München 267 (gegen 209 im Prüfungsjahr 1895/96), in Würzburg 255 (gegen 284), in Erlangen 109 (gegen 114) Candidaten

der Medicin. Von diesen bestanden die Prüfung in München 179 (gegen 147), und zwar 14 mit «sehr gut», 126 mit «gut» und 39 mit «genügend»; in Würzburg bestanden 152 (gegen 180), und zwar 32 mit «sehr gut», 81 mit «gut» und 39 mit «genügend»; in Erlangen haben 57 bestanden (gegen 63) davon 5 mit «sehr gut», 38 mit «gut» und 14 mit «genügend».

— Entsprechend dem Vorgehen der preussischen Unterrichtsverwaltung haben die Ministerien Bayerns, des Königreichs Sachsen, Württembergs, Badens, Hessens, Mecklenburg-Schwerins, Sachsen-Weimars und Lothringens über die Zulassung der Medicinstudirenden zum Besuche der Kliniken und Polikliniken der Universitäten neue Bestimmungen erlassen. Angeordnet wird gleichlautend, dass Studirende zum Besuche der Kliniken und Polikliniken von den Directoren erst dann zugelassen werden dürfen, wenn sie die ärztliche Vorprüfung innerhalb des Deutschen Reiches oder eine entsprechende Prüfung im Auslande vollständig bestanden haben. Es werden damit für Medicinstudirende aus dem Auslande ganz neue Normen geschaffen, welche besonders für die in Deutschland studirenden Amerikaner von einschneidender Bedeutung sind. Da nämlich zur Zulassung zum Tentamen physicum das Reifezeugniss eines deutschen Gymnasiums Vorbedingung ist und in Amerika eine unserem Tetamen physicum entsprechende Prüfung nicht besteht, so können in Zukunft Amerikaner zum klinischen Unterrichte nicht mehr zugelassen werden. Dem in den Vereinigten Staaten neuerdings mehrfach lautgewordenen Vorwurf, dass in Deutschland für Amerikaner der Doctortitel sehr leicht zu erwerben sei, wird dadurch die Grundlage entzogen. Günstiger ist die neue Verordnung für die übrigen in Deutschland studirenden Ausländer, weil in den meisten europäischen Staaten Prüfungen existiren, welche als dem Tetamen physicum gleichwerthig anzusehen sind.

— An der im October in Berlin zusammentretenden Lepraconferenz werden sich von deutschen Lepra-Forschern u. A. Rudolf Virchow, E. von Bergmann und A. Neisser betheiligen. Von Seite Rumäniens werden Petrini und Georgesen, von Seiten Bulgariens Beron, von Seite der Türkei Oberst Heider-Bey, Professor der Histologie an der Medicinschule zu Constantinopel delegirt. Aus Frankreich werden E. Besnier, Hallopeau, Doyon, Darier, Thibierge, Geanselme und Gaucher, sowie aus Algier Geuny und Raymond, aus Belgien endlich Dubois-Havenith eintreffen.

— Auf der XXVI. Hauptversammlung des Deutschen Apothekervereins in Strassburg wurde der Antrag des Kreises Oberhessen, dass den Frauen der Zutritt zum Apothekerfach zu gestatten sei, soferne sie die gesetzlich vorgeschriebene wissenschaftliche Vorbildung besitzen und im einzelnen Fall auch körperlich befähigt erscheinen, abgelehnt.

— Die Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalt Berlin hat in Folge der Ueberfüllung ihres Sanatoriums in Gütergotz ein ungefähr 90 Morgen umfassendes, in der Nähe von Straussberg belegenes Waldgebiet von der Staatsforstverwaltung auf 30 Jahre gepachtet, um daselbst eine grössere Heilstätte für Lungenkranke und zwar für männliche zu errichten. Nach Vollendung derselben soll das bisherige Sanatorium ausschliesslich für die Aufnahme von weiblichen Kranken bestimmt werden.

— In der 33. Jahreswoche, vom 15. bis 21. August 1897, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Harburg mit 47,4, die geringste Sterblichkeit Ulm mit 10,2 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Bochum, an Unterleibstyphus in Beuthen.

(Universitätsnachrichten.) **Berlin.** Von 236 an allen Facultäten hiesiger Universität vom 15. August 1896 bis zum 14. August 1897 vorgenommenen Promotionen treffen 143 auf die medicinische Facultät — **Breslau.** Prof. Dr. Flügge, Director des hygienischen Institutes, hat sich zum Studium der Typhusepidemie nach Beuthen begeben. — **Giessen.** Im Anatomiegebäude brach am 29. August Morgens Feuer aus, das zwar bald gelöscht wurde, aber doch einige werthvolle Gegenstände der zoologischen Sammlung vernichtete. — **Halle.** Prof. v. Mering wurde die Oberleitung der inneren Abtheilung des neuen St. Elisabeth-Krankenhauses übertragen; an die Stelle des Vorstandes der chirurgischen Abtheilung desselben Krankenhauses wurde Dr. Aldehoff, bisher Oberarzt am katholischen Krankenhause in Hamburg, berufen. — **Marburg.** Der für das Lehrfach der Zahnheilkunde hieher berufene Dr. Alfred Schirmer in Basel hat den Ruf abgelehnt.

Charkow. Staatsrath Dr. Ponomarew, bisher ausserordentlicher Professor der Kinderheilkunde, wurde zum ordentlichen Professor ernannt. — **Lemberg.** Dr. H. Schramm wurde zum Privatdocenten für Chirurgie ernannt — **London.** Dr. Allan Macfayden ist zum Director des British Institute of Preventive Medicine erwählt worden. — **St. Petersburg.** Für den Lehrstuhl für Physik an dem weiblichen medic. Institut ist der frühere Professor der Universität Dorpat, Fürst Golizyn, in Aussicht genommen. — **Prag.** Dr. V. Slavik wurde zum Privatdocenten für gerichtliche Medicin ernannt. — **Rom.** Als Privatdocenten habilitirten sich: Dr. L. Tarulli (Physiologie), Dr. F. Rho (medicinische Pathologie), Dr. R. Bastianelli (Chirurgie) und Dr. D. lo Monaco (Pharmakologie). — **Utrecht.** Dr. Zwardemaaker, bisher Militärarzt und Specialarzt für Nasen-, Ohren- und Kehlkopfkrankheiten, wurde an Stelle des Professor Engelmann, der an den Lehrstuhl du Bois-Reymond's nach Berlin berufen worden war, zum Professor der Physiologie ernannt; auf physiologischem Gebiete liegt von ihm eine Schrift über die Physiologie des Geruchsinns vor.

Personalnachrichten.

Bayern.

Ernannt: Der einjährig-freiwillige Arzt Dr. Sebald Renner vom 1. Pion.-Bat. zum Unterarzt im 12. Inf.-Reg. ernannt und mit Wahrnehmung einer offenen Assistenzarztstelle beauftragt.

Abschied bewilligt: Im activen Heere: Den Oberstabsärzten 1. Classe Dr. Rüth, Regimentsarzt im 5. Feld-Art.-Reg., diesem unter Verleihung des Charakters als Divisionsarzt, — und Dr. Roth, Regimentsarzt im 2. Fuss-Art.-Reg., mit der gesetzlichen Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen; — im Beurlaubtenstande: Dem Assistenzarzt 2. Classe der Landwehr 1. Aufgebots Dr. Paul Grüneberg (München I.) behufs Uebertritts in den activen Stand des Sanitätscorps der Kaiserlichen Marine.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee

für den Monat Juli 1897.

1) Bestand am 30. Juni 1897 bei einer Kopfstärke des Heeres von 63 739 Mann, 203 Kadetten, 16 Invaliden, 128 U.-V.[1]): 1323 Mann, 5 Kadetten, 1 Invalide, 4 U.-V.

2) Zugang: im Lazareth 1113 Mann, — Kadetten, — Invaliden, 17 U.-V.; im Revier 3305 Mann, 6 Kadetten, — Invaliden, — U.-V. Summe 4418 Mann, 6 Kadetten, — Invaliden, 17 U.-V. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges 5741 Mann, 11 Kadetten, 1 Invaliden, 21 U.-V.; vom Tausend der Iststärke 90,07 Mann, 54,18 Kadetten, 62,50 Invaliden und 164,06 U.-V.

3) Abgang: geheilt 3937 Mann, 11 Kadetten, — Invaliden, 18 U.-V.; gestorben 6 Mann, — Kadetten, — Invaliden, — U.-V.; invalide 74 Mann; dienstunbrauchbar 18 Mann; anderweitig 209 Mann, — Kadetten, — Invaliden, — U.-V.; Summa: 4244 Mann, 11 Kadetten, — Invaliden, 18 U.-V.

4) Hiernach sind geheilt 685,76 von 1000 der Kranken der Armee, 1000,00 von 1000 der erkrankten Kadetten, — von 1000 der erkrankten Invaliden und 857,14 von 1000 der erkrankten U.-V.; gestorben 1,01 von 1000 der Kranken der Armee, — von 1000 der erkrankten Kadetten, — von 1000 der erkrankten Invaliden und — von 1000 der erkrankten U.-V.

5) Mithin Bestand am 31. Juli 1897: 1497 Mann, — Kadetten, 1 Invaliden und 3 U.-V.; vom Tausend der Iststärke 23,48 Mann, — Kadetten, 62,50 Invaliden und 23,43 U.-V. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 940 Mann, — Kadetten, — Invaliden und 3 U.-V.; im Revier 557 Mann, — Kadetten, 1 Invaliden und — U.-V.

Von den in Militärlazarethen Gestorbenen haben gelitten an: Lungentuberculose 1, Unterleibstyphus 2, Skorbut 1, Blinddarmentzündung 1, Nierenentzündung 1; durch Selbstmord endeten 5 Mann (3 durch Erschiessen, 1 durch Erhängen, 1 durch Ertränken); durch Verunglückung 1 Mann (Sturz aus dem Fenster — Schädel- und Genickbruch).

Die Gesammtsumme aller Todesfälle in der Armee im Monat Juli beträgt sohin im Ganzen 12 Mann.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 34. **Jahreswoche** vom 22. bis 28. August 1897.

Betheil. Aerzte 410. — Brechdurchfall 74 (80*), Diphtherie, Croup 9 (24), Erysipelas 8 (10), Intermittens, Neuralgia interm — (—), Kindbettfieber 1 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 65 (50), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 4 (3), Parotitis epidemica — (4), Pneumonia crouposa 8 (9), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 14 (28), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 20 (17), Tussis convulsiva 23 (12), Typhus abdominalis 4 (1), Varicellen 2 (1), Variola, Variolois 1 (—). Summa 233 (242). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 34. Jahreswoche vom 22. bis 28. August 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern 4 (3*), Scharlach — (1), Diphtherie und Croup 2 (3), Rothlauf 1 (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) 1 (—), Brechdurchfall 17 (16), Unterleibstyphus 1 (2), Keuchhusten — (2), Cronpöse Lungenentzündung 1 (1), Tuberculose a) der Lungen 28 (26), b) der übrigen Organe 5 (6), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (—). Unglücksfälle 3 (3), Selbstmord — (3), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 235 (254), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 29,2 (31,6), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,0 (15,3), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 12,1 (13,2).

[1]) U.-V. = Abkürzung für Unteroffiziers-Vorschüler.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.